UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1957 — N° 245

ATTITUDES MÉDICALES ACTUELLES EN FACE DE CERTAINS PROBLÈMES POSÉS PAR LA TUBERCULOSE

Résultats d'une enquête d'opinion

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 Décembre 1957

PAR

Pierre BAUR

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer.

Né le 10 Mai 1930 à NANCY (Meurthe-et-Moselle)

Examinateurs de la Thèse

MM. LAUMONIER, Professeur ..... *Président*

MASSÉ, Professeur ..... *Juges*

DUHAMEL, Maître de Confér. agrégé. *Juges*

FRÉOUR, Agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE
21-23, Rue Teulère
—
1957

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543917_0040

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1957 — N° 245

ATTITUDES MÉDICALES ACTUELLES EN FACE DE CERTAINS PROBLÈMES POSÉS PAR LA TUBERCULOSE

Résultats d'une enquête d'opinion

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 Décembre 1957

PAR

Pierre BAUR

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et de la France d'Outre-Mer.

Né le 10 Mai 1930 à NANCY (Meurthe-et-Moselle)

R. UNIV. BORDEAUX

Examinateurs de la Thèse

MM. LAUMONIER, Professeur ..... *Président*

MASSÉ, Professeur ..... *Juges*

DUHAMEL, Maître de Confér. agrégé. *Juges*

FRÉOUR, Agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE
21-23, Rue Teulère

1957

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. Dupérié, Chelle, G. Portmann.
DOYEN : M. Sigalas. — **ASSESSEUR** : M. Tayeau.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. Mandoul, Andérodias, Rocher, Lande, Duvergey, Carles, Leuret, Charrier, Dubreuil, Cruchet, Perrens, Creyx, Mauriac, Golse.

PROFESSEURS TITULAIRES

	MM
Clinique médicale	De Grailly
—	Broustet
Clinique chirurgicale	F. Papin
—	Massé
Clinique d'accouchements	M. Rivière
Clinique gynécologique	Magendie
Anatomie pathologique et microscopie clinique	Léger
Anatomie	Dufour
Anatomie générale et histologie	Mayer
Hygiène et Clinique de la tuberculose	F. Piéchaud
Médecine légale et médecine du travail	Dervillée
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	Reboul
Chimie	Mesnard
Matière médicale	Masquelier
Pharmacie	Vitte
Physiologie	Fabre
Clinique médicale des maladies des enfants	Fontan
Zoologie et parasitologie	Sigalas
Pathologie générale et expérimentale	Saric
Clinique ophtalmologique	Bessière
Pathologie et clinique chirurgicale	P. Laumonier

	MM.
Immunologie (T.P.)	R. Pautrizel
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Pouyanne
Clinique médicale et des maladies infectieuses	Aubertin
Chimie biologique et médicale	Tayeau
Physique médicale et pharmaceutique	Piffault
Clin. des maladies cutanées et syphilitiques	Joulia
Clinique des maladies des voies urinaires	Darget
Clinique des maladies nerveuses et mentales	Delmas-Marsalet
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. Portmann
Toxicologie et hygiène appliquée	Castagnou
Clinique odonto-stomatologique	Dubecq
Botanique et cryptogamie	Girard
Thérapeutique	F.-J. Traissac
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Dubarry
Carcinologie	Lachapèle
Physique pharmaceutique (TP)	Blanquet
Bactériologie	G. Moustardier
Hydrologie pharmaceutique (T.P.)	P. Cazaux
Médecine et hygiène tropicales et cliniques des maladies exotiques	G. Moretti
Pathologie médicale	J. Leng-Lévy

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

M. Mahon (Obstétrique), Mlle Rougier (Physiologie),
M. Despons (Oto-rhino-laryngologie)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	Rigaud
—	Cabanie
Biochimie médicale	Neuzil
Pathologie expérimentale	Faure

	MM.
Physique médicale	Duhamel
Pharmacie (1re Section)	R. Golse
—	Romain
Pharmacie (2e Section)	Quilichini
Histologie	Stoll

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

MM. Marquevielle (Biochimie Médicale) ; J. Biraben (Anatomie pathologique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	Bergouignan
—	Lavignolle
—	Martin-Dupont
—	David-Chaussé
—	J. Rivière
Chirurgie générale	Chavannaz
—	Villar
—	Tingaud
—	Depaulis
	Darmaillacq

	MM.
Obstétrique	Chastrusse
—	Faugère
Ophtalmologie	Corcelle
Oto-rhino-laryngologie	M. Portmann
Dermatologie et syphiligraphie	Le Coulant
Pédiatrie et puériculture	Verger
Médecine légale et médecine du travail	L'Epée
Odonto-stomatologie	Benoit
Urologie	Lange
Neurologie et psychiatrie	Blanc
Pneumo-phtisiologie	Fréour

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Accouchements	Chastrusse
—	Faugère
Puériculture	Verger
—	Péry
Législation pharmaceutique	Coustou
Cryptogamie	Laubie
Obstétricie sociale	Mahon
Organographie et physiologie végétale	Tempère
Chimie biologique analytique	Nivet
Chimie analytique	Babin
Pathologie chirurgicale	Villar
—	Chavannaz
—	Tingaud
—	Laporte

	MM.
Zoologie pharmaceutique	Bailenger
Physiologie	Mme Linquette
Toxicologie et Hygiène	Mlle Larcebau
Phytopharmacie	Cortesi
Droit médical international	Auby
Médecine légale	L'Epée
Séméiologie médicale	J. Rivière
Séméiologie chirurgicale	Depaulis
Embryologie	Stoll
Pathologie médicale	Bergouignan
—	Lavignolle
Bactériologie	Dulong de Rosnay
Oto-rhino-laryngologie	Despons

Le Secrétaire principal de la Faculté : André Gayraud.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Je leur dois tout. Qu'ils trouvent ici la marque de ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE ET DE LA FACULTE

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE ET DE LA FACULTE

A Monsieur l'Abbé LURTON

Aumônier de la Marine

A Monsieur le Docteur SERISE

Assistant de la Chaire d'Hygiène
de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Nous le remercions pour l'aide constante et attentive qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Médecin général LE BRETON

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Commandeur de la Légion d'honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Croix de Guerre T. O. E.
Chevalier des Palmes académiques

A Monsieur le Médecin en chef de 2e classe FUCHS

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer
Officier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre T. O. E.

A Monsieur le Professeur F. PIECHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Tuberculose
Officier de la Légion d'honneur
Officier dans l'Ordre de la Santé publique
Croix de Guerre
Médaille des Epidémies
Officier de l'Instruction publique
Fellow in the American
College of the Chest Physicians

Sa culture, sa connaissance psychologique, son amour des hommes et de la Médecine lui ont permis de diriger l'élaboration de cette enquête, qui montre l'intrication si étroite des facteurs objectifs et des facteurs subjectifs dans l'attitude des médecins face à la maladie tuberculeuse.

A Monsieur le Professeur Etienne BERNARD

Professeur de Clinique de la Tuberculose
de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu patronner ce travail. Sa curiosité d'esprit et son sens de l'humain, son éminente compétence pneumo-phtisiologique l'ont mené à s'intéresser aux aspects psycho-sociaux si essentiels en matière de tuberculose.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur L. MASSE

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Directeur du Centre de Transfusion sanguine
et de Dessication du Plasma, de Bordeaux
Associé national de l'Académie de Chirurgie
Membre du Comité français
de l'Association internationale de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'honneur
Chevalier dans l'Ordre de la Santé publique
Officier des Palmes académiques

Monsieur le Docteur J. DUHAMEL

Maître de Conférences agrégé de Physique médicale
Ancien Elève de l'Ecole Polytechnique

Monsieur le Docteur P. FREOUR

Agrégé de Pneumo-Phtisiologie
Médecin phtisiologue des Hôpitaux

Il nous a confié ce travail : son influence y est prépondérante. Il nous a guidé journellement et, sans lui, les difficultés considérables que nous avons rencontrées n'auraient pû être vaincues.

Au Centre Xavier-Arnozan, il nous a appris la pneumo-phtisiologie. La liberté d'esprit qu'il a fait régner autour de lui, sa curiosité ouverte à de multiples domaines ont rendu les contacts entre le Maître et l'élève faciles et fructueux pour nous.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LAUMONIER

Professeur de Pathologie et Techniques chirurgicales
Officier des Palmes académiques
Chevalier dans l'Ordre de la Santé publique

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse. Nous avons apprécié en lui le Professeur à l'esprit juste et brillant, toujours prêt à nous faire profiter de sa riche expérience.

INTRODUCTION

Après dix ans d'utilisation des antibiotiques, de nombreuses années de collapsothérapie médicale et chirurgicale, la pratique actuellement soutenue de l'exérèse, la tuberculose pulmonaire se trouve maintenant contenue.

La courbe de mortalité de la tuberculose est régulièrement décroissante depuis 1906, sauf, cependant, pendant les deux dernières guerres, cette courbe excluant évidemment les pays sous-développés où la tuberculose continue à faire de gros ravages.

La période héroïque de la maladie ayant précédé la parution des antibiotiques n'avait pu réunir les médecins dans une commune adhésion à une thérapeutique, aucun traitement spécifique ne leur étant proposé. Une notion d'une extrême importance, complexe en matière de tuberculose, plus complexe que dans toute autre maladie, la notion de guérison, divisait les médecins.

L'arsenal thérapeutique dont nous disposons actuellement, allié au puissant appareil social, allait-il réaliser un accord unanime sur cette notion ? La lecture des publications, les compte rendus de congrès ou de journées médicales nous autorisent à répondre : non.

Et nous observons cette diversité d'opinions parce que la notion de guérison en tuberculose pulmonaire n'est pas une notion simple.

Quels en sont les critères ? On a montré qu'ils répondaient à différentes données, données anatomiques, radiologiques, biologiques, bactériologiques et cliniques.

Et cependant, si la guérison suppose bien, pour tous en

général, ces critères, elle reste définitivement soumise à son corollaire, la réintégration sociale de l'ancien malade. Cette remise du tuberculeux dans le circuit doit être, à tout instant de son traitement, la préoccupation majeure de son médecin. Deux impératifs lui sont toujours posés, en apparence inconciliables : rendre le plus rapidement possible le sujet à la société, mais le lui rendre avec le moins de chances possibles de rechute ou de récidive, donc solidement guéri ou stabilisé.

En résumé, nous dirons que le retour et la bonne réadaptation du sujet à une vie normale, familiale et professionnelle, sous couvert d'une surveillance médicale stricte, doit être à tout instant le but de son traitement et sera la preuve de sa guérison.

⁂

Les critères de guérison que nous avons donnés sont en général, nous l'avons dit, communément admis. Mais on pouvait s'attendre à travers la diversité d'origine, de culture, de modalités d'exercice de la profession, à des divergences d'attitudes des médecins dans la compréhension qu'ils ont de la guérison. Nous nous demandions si le médecin généraliste, n'allait pas être enclin, plus que le médecin de sanatorium, à autoriser une vie professionnelle active sur des tests de guérison que des spécialistes pourraient juger insuffisants.

Au surplus, la révolution thérapeutique qui se déroule sous nos yeux en phtisiologie risque d'être interprétée différemment par les groupes médicaux selon les contacts qu'ils ont avec la tuberculose.

Une infirmation ou une confirmation de ces hypothèses ne peuvent être réalisées par une observation individuelle ou par simple réflexion. Une enquête seule permettait de le faire, enquête qui s'apparente par conséquent d'avantage aux enquêtes d'opinion, qu'aux enquêtes médicales courantes. Il ne s'agissait pas pour nous de l'étude du devenir de la tuberculose, mais de l'étude de l'opinion des médecins sur le devenir de cette maladie.

Ce faisant, nous avions pour prétention de mettre en évidence les différents facteurs qui infléchissent le jugement médical en face d'un cas déterminé.

Pour connaître l'opinion des médecins en France, il ne nous était évidemment pas possible de les interroger individuellement. Nous avons donc eu recours, comme nous l'avons dit, à la seule technique permettant d'aborder ce problème, l'enquête d'opinion.

Nous avons présenté aux médecins un questionnaire et huit observations de malades. Nous en donnons un exemplaire à la fin de ce travail.

On remarquera à la lecture de ces observations, évidemment schématiques, qu'il ne s'agit nullement d'observations typiques dont on aurait pu penser qu'elles réaliseraient à tout coup l'accord unanime des médecins. Il s'agit au contraire d'observations ambiguës au sujet desquelles la discussion est ouverte. Quant aux questions dont on trouvera le détail dans la pièce jointe, elles ont pour préoccupation centrale de savoir dans quel délai tel malade ou ancien malade peut reprendre sa place dans la communauté conjugale, la vie sociale ou professionnelle.

Nous ferons tout de suite remarquer que, dans ce travail, nous n'avons pas de questionnaire type auquel référer les réponses des médecins interrogés. Cette enquête, contrairement à ce qu'ont pu penser certains de nos confrères, n'a pas non plus pour but de faire un bilan des capacités phtisiologiques actuelles pouvant permettre à nos maîtres de juger s'il est nécessaire de donner aux praticiens des cours de perfectionnement.

Pas plus, des résultats de cette enquête, nous ne voulons tirer des lignes de conduite. Il ne s'agissait pas pour nous de savoir ce qu'il convenait de faire en telle ou telle circonstance, mais de savoir ce que les médecins interrogés ont jugé bon de faire.

Nous n'en conclurons d'ailleurs pas que, la majorité ayant pu être obtenue en faveur d'une conduite, celle-ci doit nécessairement être considérée comme bonne et représenter la vérité.

De cette enquête nous verrons que nous pouvons simplement tirer des conclusions de sociologie médicale, sans bien entendu

que nous puissions prétendre en tirer des conclusions purement médicales qui relèveraient d'enquêtes d'un tout autre ordre.

Mais qu'est-ce qu'une enquête d'opinion ? Nous en exposerons les principes dans un premier chapitre ainsi que les modalités appliquées à notre travail.

Dans une deuxième partie, après quelques considérations générales, nous donnerons et interprèterons les résultats numériques.

1. De l'ensemble des médecins à chaque question posée.
2. Selon la spécialité par observation clinique.
3. Selon l'âge des médecins.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous essayerons de tirer quelques conclusions synthétiques.

Chapitre premier

ENQUÊTES D'OPINION EN GÉNÉRAL

Le moyen le meilleur pour connaître l'opinion du public ou d'un groupe de la société serait d'interroger séparément chaque individu. Il est bien évident que, dans la plupart des cas, on se heurterait à des obstacles techniques insurmontables.

De là sont parties les enquêtes d'opinions. A partir des réponses d'individus sélectionnés dans une communauté, elles tentent à déduire l'opinion générale de cette communauté.

On voit immédiatement de quelles multitudes de garanties et de précautions il est nécessaire de s'entourer, les enquêtes d'opinion ayant en effet souvent des applications immédiates importantes, ne serait-ce que pour orienter une propagande.

Elle doit donc obéir à des règles rigides. Quelles sont-elles ?

I. — Le questionnaire.

Composé de questions simples et précises, il en existe deux types :

Le référendum, à réponses alternatives : « oui »- « non ».

Le questionnaire à réponses libres.

Chacune de ces deux formes a ses avantages, chacune a ses inconvénients.

Le référendum limite les possibilités d'expression du sujet interrogé ; par contre, il permet un classement facile et une comparaison de tous les sujets ayant répondu de la même façon à une même question.

Le questionnaire à réponses libres veut, au contraire, susciter une opinion exprimée en des termes variables et librement pensés. Il est, dans une statistique, d'un maniement difficile.

2. — L'enquêteur.

Que l'on ait choisi le référendum ou le questionnaire à réponses libres, il existe un enquêteur. Celui-ci n'est et ne doit rester qu'un intermédiaire. Il choisit les sujets à interroger, pose les questions, recueille les réponses, les chiffre et les interprète. Il doit être d'une probité parfaite, probité en questionnant sans jamais chercher à influer sur le sens des réponses. On a d'ailleurs montré que les résultats d'une enquête pouvaient considérablement varier, selon qu'on l'effectuait ouvertement ou en conservant l'anonymat des réponses. Mais, surtout, probité de l'enquêteur en interprétant les réponses. Il doit rester en dehors de l'enquête et ne jamais exprimer sa propre opinion. De plus, en publiant son travail, il doit en donner absolument tous les éléments car, en statistique plus qu'ailleurs, omettre c'est mentir.

Il peut poser ses questions verbalement ou soumettre un questionnaire écrit.

3. — L'échantillonnage.

Il consiste, dans le groupe que l'on désire étudier, à prélever un certain nombre d'individus. Ces individus doivent être suffisamment nombreux, et suffisamment représentatifs du groupe, car, comme nous l'avons dit plus haut, c'est de leur opinion que nous déduirons l'opinion du groupe. Le principe est de s'en remettre au hasard.

Deux techniques sont proposées :

a) L'échantillonnage non stratifié.

L'échantillon est prélevé au hasard sur le groupe. Un exemple : pour échantillonner la population d'une ville on peut utiliser la liste des abonnés au gaz et prélever chaque dixième nom de cette liste.

b) L'échantillonnage stratifié.

On divise le groupe en sous-groupes et dans chaque sous-groupe on prélève un certain nombre de sujets. Dans l'exemple cité plus haut, nous pouvions classer la population en professions et prendre au hasard un certain nombre d'individus dans chaque profession.

4. — Analyse des réponses.

Elle consiste à confronter les réponses. Dans les enquêtes à référendum, la classification est aisée, le sujet indiquant lui-même la catégorie dans laquelle il doit être placé, la catégorie des « oui » ou la catégorie des « non ». Cependant, dans chacune des catégories, des sous-groupes peuvent exister en fonction de différentes composantes, âge du sujet interrogé, lieu de résidence, sexe, profession, par exemple.

MODALITÉS DES ENQUÊTES D'OPINION APPLIQUÉES A NOTRE TRAVAIL

I. — *MATERIEL.*

Cherchant à obtenir l'opinion représentative de celle des médecins de France, nous avons réalisé notre enquête sur le plan national.

Il nous était évidemment impossible d'interroger verbalement chaque médecin. Nous avons obtenu nos réponses sous forme d'un questionnaire écrit et expédié sous enveloppe cachetée. Chaque enveloppe contenait trois imprimés :

— Une lettre d'introduction expliquant aux médecins les raisons et les buts de cette enquête.

— La feuille d'observations.

— Le questionnaire.

II. — *ECHANTILLONNAGE.*

Dans une telle enquête, se proposant d'étudier les différentes conceptions qui se font jour au sein du corps médical en ce qui concerne la guérison de la tuberculose, il était à priori bien séduisant d'imaginer que les réponses allaient varier en fonction de trois composantes :

— l'âge ;

— la spécialité ;

— la composante géographique.

Nous avons donc divisé les médecins en deux sous-groupes, fonction de l'âge, fonction de la spécialité, ayant éliminé en cours de travail la composante géographique pour la raison que nous verrons.

Les médecins en fonction de la spécialité.

Nous avons, de décembre 1956 à juin 1957, envoyé 1 450 questionnaires répartis sur neuf groupes médicaux :

Phtisiologues départementaux	79
Inspecteurs de la santé	87
Médecins de dispensaires	13
Médecins militaires	12
Phtisiologues installés	325
Médecins de la Sécurité sociale	200
Médecins des hôpitaux	37
Médecins de sanatorium	197
Médecins praticiens	500

Cette enquête n'aurait évidemment reçu aucun accueil chez des spécialistes éloignés de la phtisiologie, tels que des ophtalmologistes ou des urologues. Aussi, ces neuf sous-groupes ont-ils été choisis sur l'ensemble des spécialités médicales, parce qu'ils nous ont semblé correspondre aux groupes s'intéressant le plus à la tuberculose et ceci à des titres divers.

1° *Pour trois groupes* aucun échantillonnage n'a été pratiqué :

Médecins phtisiologues départementaux ;
Médecins inspecteurs de la Santé ;
Médecins de dispensaires.

Par correspondance avec la Direction de la Santé de chaque département, nous avons obtenu la liste et l'adresse de la majorité des médecins de ces catégories. Nous n'avons fait parmi eux aucun choix. Chaque nom communiqué a reçu un questionnaire. La catégorie « médecin de dispensaire » sous-entend médecins de dispensaire à temps complet.

2° *Médecins phtisiologues installés.*

Un premier envoi de cent questionnaires a été fait. Cet échantillon fut obtenu à partir de l'Annuaire général de l'hospitalisation privée (édition 1956) — rubrique de l'Annuaire officiel du

Syndicat national des médecins spécialistes de l'appareil respiratoire.

Ici est venue interférer la deuxième composante, la composante âge. Mais comment connaître l'âge des médecins ? Nous nous sommes référés au Guide ROSENWALD donnant, pour de nombreux médecins, l'année de passation de la thèse. En situant l'âge moyen de la thèse à 25, 26 ans, quatre catégories ont été établies.

— Thèse entre 1946 et 1956 :
Médecins ayant 37 ans et moins de 37 ans.

— Thèse entre 1936 et 1945 :
Médecins de 47 à 38 ans.

— Thèse entre 1926 et 1935 :
Médecins de 57 à 48 ans.

— Thèse avant 1926 :
Médecins ayant 58 ans et plus.

En prenant ces médecins par leur liste départementale, nous avons, en face de chaque nom, inscrit l'année de leur thèse.

Nous avons ensuite pour chaque catégorie d'âge pris les médecins au hasard dans des départements variés, jusqu'à concurrence de 25 par catégorie.

Mais, au fur et à mesure de l'arrivée des réponses de ce premier envoi, nous avons dû nous rendre à l'évidence que leur pourcentage serait insuffisant. Nous avons donc, à ce moment, expédié 225 autres questionnaires sans souci possible de les répartir en catégories d'âge.

325 questionnaires ont donc été envoyés au total aux médecins phtisiologues installés.

3° *Médecins de sanatorium.*

Leur liste a été publiée dans la *Revue de la Tuberculose,* 3e série, tome 18, n° 12, 1954. Elle nous a permis d'établir notre échantillon en suivant la même technique que celle que nous

avons utilisée pour établir l'échantillon des phtisiologues installés. Nous avons fait un premier envoi de cent questionnaires répartis entre quatre catégories égales d'âge. Nous avons eu soin, là encore, de prélever ces médecins dans les régions les plus variées. Pour la même raison que précédemment, nous avons dû compléter ce premier envoi par un second de 97. Ce second envoi n'a pu être divisé en catégories d'âge, l'âge n'ayant pu d'ailleurs être le plus souvent trouvé.

4° *Médecins de Sécurité sociale.*

Les caisses régionales de Sécurité sociale nous ont fourni leurs noms et adresses. Peu de ces médecins figurant sur le Guide ROSENWALD, nous n'avons pu établir les catégories d'âge. Nous avons simplement réalisé notre échantillon de 200 médecins de Sécurité sociale en les prélevant au hasard dans toutes les caisses de Sécurité sociale.

5° *Médecins de médecine générale.*

Ils furent les premiers à recevoir le questionnaire de notre enquête.

Au début de ce travail nous comptions, en plus de la composante « âge » et de la spécialité, faire intervenir une composante géographique.

Ayant expédié aux médecins de médecine générale 500 questionnaires, cette composante nous paraissait devoir être tout particulièrement intéressante. Ces praticiens exerçent en effet dans des résidences de population variable, les autres catégories se départageant beaucoup moins nettement en fonction de leur lieu de travail.

A partir du Guide ROSENWALD, cinq listes de villes tout d'abord ont été dressées :

— villes de moins de 5 000 habitants ;
— villes de 5 à 12 000 habitants ;
— villes de 12 à 60 000 habitants ;

— villes de 60 à 120 000 habitants ;
— villes supérieures à 120 000 habitants.

A chacune de ces listes nous avons assigné 100 médecins répartis, là encore, en quatre catégories égales d'âge, les villes ayant été choisies dans le plus grand nombre possible de départements.

Le faible pourcentage de réponses de cette catégorie médicale ne nous a pas permis, au moment de l'interprétation, de tenir compte de cette intéressante composante.

6° *Médecins des hôpitaux.*

37 questionnaires ont été envoyés à ce groupe choisi parmi les médecins-chefs de Service de Pneumo-Phtisiologie. Pour établir cet échantillon, nous avons obtenu nos renseignements auprès des divers Centres hospitaliers régionaux.

7° *Médecins militaires.*

12 médecins de la Marine s'intéressant aux tuberculeux ont reçu notre questionnaire.

L'enquête a été strictement anonyme.

III. — *TECHNIQUE D'OBTENTION DES RESULTATS.*

Dans une première opération, nous avons mis les réponses en cartes perforées. Nous avions établi un modèle de carte à 210 trous en deux rangées. A raison d'une double rangée de 13 trous par observation proposée aux médecins, nous avons utilisé 208 trous. Nos cartes nous permettaient en outre d'inscrire, par exemple, l'âge, la spécialité des médecins interrogés.

Après ce très long travail, il fallait obtenir les résultats, nombre brut de réponses identiques à toutes les questions. Pour chacune des 8 observations, 41 alternatives étaient possibles. Les résultats ont été cherchés en trois opérations successives : tout d'abord globalement, ensuite en fonction de l'âge, enfin en fonction de la spécialité.

De ces chiffres bruts nous avons tiré des pourcentages.

Interprétation globale, interprétation en fonction de l'âge et de la spécialité nous ayant donné 4 633 groupes de réponses identiques, 4 633 règles de trois ont été sensiblement effectuées, mais avec la machine à calculer du C.E.R.A.S.O. Nous tenons à remercier vivement cet organisme.

Tous nos pourcentages ont ensuite été mis en diagrammes, ceux-ci permettant une lecture beaucoup plus facile et une comparaison aisée entre les réponses aux différentes questions.

IV. — *ACCUEIL DE L'ENQUETE.*

Sur 1 450 questionnaires expédiés, nous avons obtenu 336 réponses se répartissant comme suit :

	Envois	*Réponses*	%
Médecins praticiens	500	45	9 %
Médecins phtisiologues	325	95	29,2 %
Médecins de Sécurité sociale ..	200	27	13,5 %
Médecins de sanatorium	197	99	50,2 %
Médecins inspecteurs de la Santé.	87	21	24,1 %
Phtisiologues départementaux ..	79	29	36,7 %
Médecins des hôpitaux	37	6	16,2 %
Médecins des dispensaires	13	6	
Médecins militaires	12	8	
	1 450	336	23,17 %

Ce tableau met immédiatement en évidence trois notions :

1. Le pourcentage global relativement élevé des réponses, auquel nous ne nous attendions pas.

2. Le très faible pourcentage de réponses des médecins praticiens et des médecins de Sécurité sociale.

3. Le pourcentage élevé de réponses des médecins de sanatorium.

En négligeant médecins praticiens et médecins de Sécurité sociale qui font tomber notre pourcentage, pour ne nous en tenir qu'aux phtisiologues, médecins de sanatorium et à ceux qui s'intéressent administrativement à la tuberculose, remarquons, que nous pourrions arriver d'ailleurs, avec 750 envois et 264 réponses au pourcentage global plus élevé de 35,2 % de réponses.

Bien qu'en cours d'enquête nous leur ayons demandé une seconde fois, sous forme de lettre, de nous donner leur avis, les médecins praticiens n'ont pas répondu.

Ils n'ont pas répondu parce qu'il leur fallait un certain temps pour remplir le questionnaire et que le temps leur manque, mais peut-être aussi par peur d'un contrôle ou parce qu'ils n'avaient pas d'opinion.

Il était par contre normal que les médecins de sanatorium soient les plus nombreux à répondre, ces médecins, plus que d'autres, étant attachés à la phtisiologie.

La plupart des médecins interrogés ont accompagné leurs réponses d'un court manuscrit. Il se dégage de cette correspondance l'opinion générale que cette enquête les a intéressés, qu'ils l'ont trouvée originale, utile et judicieuse.

Chapitre II

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il est à remarquer que la possibilité de répondre « jamais » à l'une quelconque des questions n'a pas été laissée au médecin. C'eut été ouvrir la porte à d'autres éventualités et alourdir un questionnaire déjà suffisamment complexe.

Dans la majorité des cas, en les obligeant à jouer avec le temps, nous n'avons laissé aux médecins que trois possibilités :

— immédiatement ;

— dans un certain délai ;

— après un certain délai.

Quels furent les éléments qui orientèrent et infléchirent la réponse à l'une de ces trois alternatives ?

Nous éliminerons de suite le hasard. Par sondage sur certains groupes de questions, un calcul de probabilité corroboré par un calcul de χ^2 a prouvé que la dispersion des réponses étaient liée à d'autres facteurs. Nous pensons qu'il en existe deux :

1° *Facteur d'ordre scientifique.*

Il est lié exclusivement à l'observation elle-même. Il tient compte de différents éléments : l'âge, le sexe, la profession du malade, la forme de la tuberculose au début, la forme de la tuberculose à la fin de la maladie, le traitement. Ce facteur est donc complexe, sans qu'il soit possible, au stade où nous avons

poussé notre analyse, de faire la part de chacune de ses composantes.

2° *Facteur personnel.*

Inhérent à la personnalité du médecin interrogé, à sa psychologie, sa formation, son sens social.

Nous pensons qu'il y a eu là un élément souvent déterminant. En effet, en dehors du facteur scientifique, ce facteur personnel a certainement grandement contribué à départager les médecins en face des trois possibilités offertes dans le temps.

Les médecins qui se sont groupés dans la catégorie « immédiatement » sont certainement des individus d'un naturel optimiste ou ayant tout au moins une vue optimiste de la tuberculose.

La catégorie « plus d'un an ou plus de deux ans » semble, au contraire, réunir des praticiens ayant une optique beaucoup plus pessimiste de la maladie, deux catégories qui cependant prennent une décision, la première étant aussi difficile à prendre que la deuxième.

Entre ces deux groupes vient s'intercaler le groupe de ceux qui ont répondu « moins d'un certain délai ». Pous les uns, prudence, pour les autres, dérobade vis-à-vis des responsabilités, dérobade le plus souvent inévitable d'ailleurs dans notre pratique courante si difficile. On ne prend pas de décision immédiatement, on la repousse dans le temps. Il n'est pas exclu qu'à ce groupe soient venus s'ajouter des médecins ayant imaginé que cette enquête était un examen. Craignant un jugement magistral, ils se sont mis à mi-chemin entre les deux éventualités.

Le dépouillement des cartes perforées nous a conduit à ouvrir une quatrième rubrique, la rubrique des « sans opinion ». Le pourcentage des médecins s'y insérant est, comme nous le verrons, toujours très faible, en faisant cependant remarquer qu'il monte d'une façon importante avec certaines questions. Les médecins qui auraient répondu « jamais » si cette quatrième alternative avait été prévue se situent vraisemblablement dans ce groupe.

ÉTUDE GLOBALE PAR CRITÈRE

A. — LE MARIAGE

Fonder cette cellule sociale éminemment importante qu'est la famille engage l'individu à de lourdes responsabilités.

Le célibataire trouve aisément un gîte. Loger un couple peut représenter une première difficulté pour le jeune marié.

La nécessité de subvenir à des besoins matériels accrus et constants vont obliger le sujet à un travail stable dans lequel il devra fournir un effort soutenu. Dans les premières années, la venue d'enfants au foyer viendra augmenter considérablement les besoins.

Une parfaite santé est un solide capital pour aborder cette étape. Mais comment s'y comportera le malade récemment guéri ou simplement stabilisé ? Les difficultés d'ordre matériel, psychologique, social, ne vont-elles pas entraîner la rechute ? Or, on connaît les désastreux effets d'une rechute précoce dans un jeune foyer. La source de revenus tarie, ce sera une situation financière précaire et intenable pour l'épouse et les enfants. Sur le plan psychologique, le départ en sanatorium, et l'éloignement de longue durée qui va en résulter, risquera d'ébranler le bel et solide édifice construit par le couple. Si le malade est traité à domicile, ce sera le bouleversement de la vie familiale désormais centrée par la maladie et convergeant sur elle ; ce seront les indispensables mesures de prophylaxie qui pourront souvent paraître vexatoires au malade et entraîner des dissensions.

Devant cet acte important, quelle a été la position des médecins vis-à-vis des cas cliniques proposés ? C'est ce que nous étudierons maintenant.

Un premier examen sommaire des courbes montre tout d'abord que les réponses ne se sont pas groupées sur un des quatre diagrammes, mais au contraire réparties, d'une façon d'ailleurs inégale, sur ces quatre possibilités.

Un groupe de réponses est très homogène et se situe pour chaque observation aux alentours de 30 %, c'est celui des médecins autorisant le mariage dans un délai de deux ans.

Sans tenir compte du détail des observations, en prenant la moyenne générale, le mariage immédiatement et le mariage dans plus de deux ans divise les médecins en deux catégories :

La première recueillant 41 % des voix.

La seconde seulement 25 %.

Sans opinion ..... 4 %.

Dans la suite du texte, après chaque observation numérique citée nous noterons, quand le besoin se fera sentir, et pour faciliter la lecture, le caractère principal de l'observation, étant bien entendu que ce caractère n'est qu'un des éléments dominants d'une observation clinique schématique mais complexe.

Faisons pour ce critère, maintenant, une étude par observation.

L'observation VI (malade traitée par exérèse) avec

68 % de « oui » au mariage immédiatement ;

6 % de « oui » dans plus de deux ans ;

1 % sans opinion,

apparaît pour ce critère comme l'observation la plus favorable.

L'observation VIII (nodules stables de l'apex découverts par dépistage systématique) avec des pourcentages légèrement inférieurs se classe immédiatement après.

Les observations VII (image cerclée résiduelle chez un médecin de ville), V (images broncho-pulmonaires) et IV (pneumothorax de neuf mois chez une jeune étudiante) sont jugées gravement et d'une façon identique. 40 % des médecins pensent que ces trois malades ne pourront se marier que dans plus de deux ans. 10 % sont sans opinion.

Entre les observations VIII et VI, VII-V et IV se situent les quatre autres observations, à mi-chemin entre une bénignité relative et une gravité statistique.

En fonction des diagrammes et par ordre de gravité croissante, les médecins ont ainsi classé les observations :

VII - V - IV - II - III - I - VIII - VI

Quels enseignements tirer de ces chiffres ?

1. — Pour les médecins interrogés, plus qu'une cicatrice stellaire ou une caverne pleine, une image trabéculaire dense avec deux micro-cavités, une image cerclée, petite, à fins contours très nets sont d'un mauvais pronostic, malgré la négativité de tous les examens.

2. — A l'opposé, nous noterons la grande confiance des médecins dans l'exérèse et le bon pronostic dont peuvent jouir de petits nodules fins, précis, stables, découverts simplement par dépistage systématique.

3. — L'optimisme relatif dont ont fait preuve les médecins devant les nodules post-pleurétiques de l'observation I.

4. — Le handicap que peut représenter un pneumothorax pour un candidat au mariage, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'une jeune fille comme dans notre observation IV.

B. — REPRISE DE LA VIE FAMILIALE SANS ENFANT

Si 80 % des médecins en moyenne autorisent la reprise de la vie de famille sans enfant, il y en a encore cependant 20 % qui la repoussent à un an, plus d'un an ou sont sans opinion.

Quels sont les éléments d'information apportés par l'étude séparée de chaque observation ?

Remarquons tout d'abord que pour chacune des 8 observations la reprise immédiate est accordée avec une majorité de plus de 65 % de « oui ».

1. — Ce pourcentage monte à :

88 % pour l'observation I (nodules post-pleurétiques).
91 % pour l'observation VIII.
95 % pour l'observation VI (exérèse).

2. — Il atteint les taux les plus faibles avec :

66 % pour l'observation V (images broncho-pulmonaires) ;
68 % pour l'observation VII (image claire résiduelle).

Pour ces deux malades, 20 % des médecins reportent leur décision à plus d'un an.

3. — Entre les deux extrêmes nous trouvons les trois autres observations :

74 % pour l'observation IV (pneumothorax) ;

76 % pour l'observation II (caverne pleine) ;

83 % pour l'observation III (cicatrice stellaire, B.K. il y a un an).

Nous pouvons ainsi classer les observations :

V - VII - IV - II - III - I - VIII - VI

Le fait essentiellement remarquable ressortant de l'étude de cette question n'est pas qu'une grosse majorité de médecins, tout particulièrement pour les observations I, VI et VIII, permettent aux malades de reprendre immédiatement la vie familiale sans enfant.

Ce qui nous paraît le plus intéressant, c'est qu'il y en ait encore 9 % qui reportent cette décision à moins d'un an, 7 % à plus d'un an, ce dernier pourcentage atteignant, rappelons-le, 20 % pour les observations V et VII.

Quels facteurs paraissent alors avoir joué ?

Les médecins ont pu craindre la contagion du conjoint. La tuberculose conjugale n'est pas un risque négligeable bien que les nombreuses études dont elle a fait l'objet aient fourni des résultats contradictoires. Il ressort de la correspondance d'un médecin, bien que tous nos malades soient négatifs, qu'une négativation bactériologique est toujours sujette à révision lors-

qu'une image claire résiduelle pulmonaire (observation VII) ou broncho-pulmonaire (observation V) persistent dans une zone antérieurement lésée.

A la sortie du sanatorium, certains médecins ont plutôt redouté un repos insuffisant pour des malades qu'ils n'ont pas considérés comme guéris ou stabilisés. La vie de famille ne leur a pas paru une atmosphère toujours favorable pour activer ou parfaire une guérison. A l'opposé et reflétant l'opinion générale, un autre médecin écrit : « ... la vie de famille en dehors de l'inadaptation accentuée ou même d'un état de conflit paraît toujours souhaitable. Même dans beaucoup de cas contagieux, dans la pratique et à condition d'un minimum de coopération, la prophylaxie à domicile est le plus souvent possible ; les inconvénients de la séparation valent largement les inconvénients de la contagion, à plus forte raison pour ces 8 observations où la contagion paraît éliminée et la guérison obtenue ou possible. » D'une autre lettre nous extrairons ces quelques lignes « ... tuberculeux... la libération du territoire, la possibilité de regagner mon foyer en 1945, ont plus fait pour ma guérison que les thérapeutiques pauvres de l'époque. A l'heure actuelle, je me crois guéri et solidement guéri, car j'ai retrouvé la paix familiale et les joies de mon métier que j'aime... »

En conclusion, cette question ne nous paraît pas un critère valable de guérison ou tout au moins semble le moins valable de tous ceux que nous avons proposés dans notre questionnaire. Pour la majorité des médecins cette décision ne pose pratiquement jamais de problème.

C. — REPRISE DE LA VIE DE FAMILLE AUPRES D'ENFANTS

Qu'en pensent les médecins et tout d'abord, en référence, sans tenir compte des observations, la moyenne des médecins.

Reprise de la vie de famille auprès d'enfants :

— immédiatement . . . . . 60 %
— moins d'un an . . . . . 15 %

— plus d'un an ..... 20 %
— sans opinion ..... 5 %

En fonction des schémas cliniques, les opinions sont plus partagées. Cependant, pour aucune des 8 observations, le pourcentage des « oui immédiatement » ne descend jamais au-dessous de 40 %.

Il est à ce niveau pour l'observation VII (image claire résiduelle) à un niveau sensiblement égal pour l'observation V (images broncho-pulmonaires).

Il monte à :

76 % observation I ;

85 % observation VIII ;

87 % observation VI.

Pour ce critère, en fonction des « oui immédiatement », nous pouvons encore, par ordre de gravité décroissant, classer ainsi les observations :

VII, II, V, III, I, VIII, VI.

Mais, pour autant que soient intéressantes ces comparaisons, le groupe des médecins ayant répondu « oui, plus d'un an », nous paraît plus significatif.

Avec une référence moyenne de 20 %, nous avons pour cette troisième éventualité dans le temps :

35 %, observations V et VII ;

25 %, observations II et IV ;

18 %, observation III ;

5 à 10 %, observations I, VI, VIII.

Quelles conclusions tirer de l'examen général des réponses et tout particulièrement de ce dernier tableau ? Pourquoi une fraction relativement importante de l'opinion médicale reporte-t-elle sa décision à un an et ceci avec un pourcentage en moyenne deux fois plus fort qu'à la reprise immédiate de la vie de famille sans enfants ?

L'élément prépondérant, le seul élément nouveau et intéressant inclus dans cette troisième question est la présence d'enfants. Le risque que leur présence au foyer pourrait éventuellement faire courir au malade sur le plan de la rechute ne doit pas, à notre avis, être cherché dans l'analyse de ces résultats. Le facteur scientifique, en dehors de tout facteur dépendant du médecin, ayant pu déterminer la réponse ne semble représenté que par le risque de contagion que les médecins ont redouté pour des enfants susceptibles de primo-inoculation ou de surcontamination redoutable. Nous pensons que la différence des réponses entre cette question et la question précédente mesure assez justement le risque de cette contagion.

Bien que tous nos malades soient bactériologiquement négatifs, ce risque apparaît assez important pour :

— L'observation II caverne pleine ;

— L'observation IV : infiltrat sous pneumothorax ;

— L'observation VII : image claire résiduelle.

Nous noterons, là encore, la grande confiance des médecins dans l'exérèse et l'éradication complète de la maladie qu'elle semble assurer. Les médecins sont assez optimistes pour la malade de l'observation III. Ils se sont certainement davantage fondés sur l'espect stellaire de sa cicatrice que sur une analyse de crachat positive il y a un an.

En résumé, nous dirons que cette question, n'ayant pratiquement mesuré que le risque de contagion, a eu chez les médecins une résonnance sociale de protection infantile plus qu'un écho strictement médical.

D. — PEUT-IL AVOIR DES ENFANTS ?

En dehors de tout élément tenant à l'observation, cette question devrait avoir une portée toute différente lorsqu'il s'agit d'un homme ou lorsqu'il s'agit d'une femme.

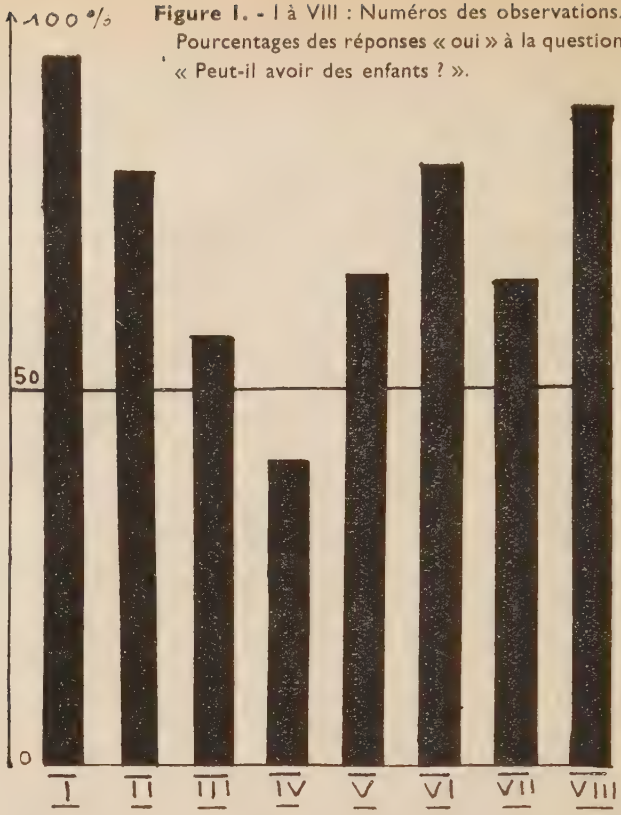


Figure 1. - I à VIII : Numéros des observations. Pourcentages des réponses « oui » à la question « Peut-il avoir des enfants ? ».

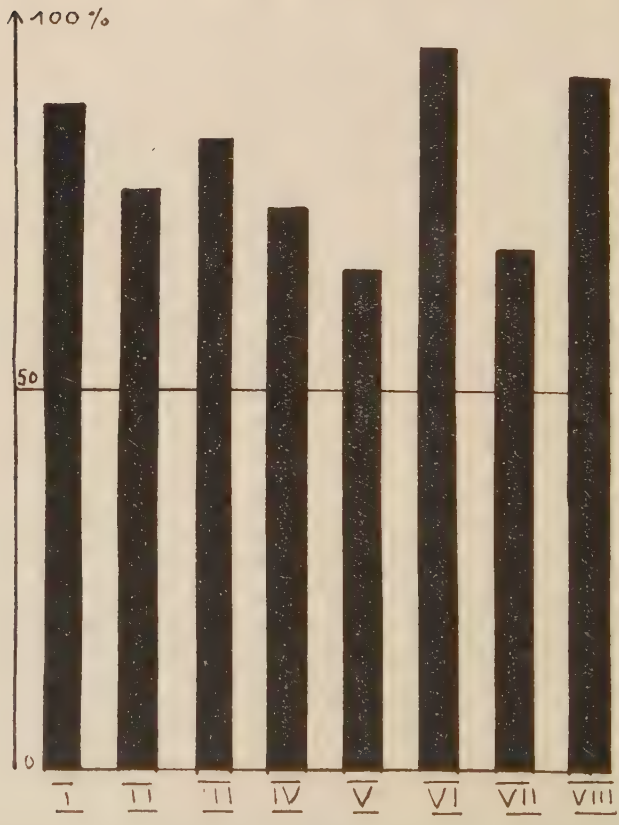


Figure 2. - Pourcentages des réponses « oui » à la question « Sans enfants, peut-il reprendre la vie familiale immédiatement. ? »

Pour l'homme, avoir des enfants ne représente qu'une charge supplémentaire sur le plan du budget familial.

Pour la femme, avoir des enfants, c'est pouvoir supporter une grossesse, sans que celle-ci ait d'influence sur le fœtus, sans que le fœtus ait d'influence sur la grossesse.

En dehors de cas pathologiques ne nous intéressant pas ici, à condition de pouvoir les élever, un homme peut toujours avoir des enfants. A la femme, par contre, une excellente santé est nécessaire pour pouvoir supporter une grossesse.

Trois femmes figurent dans notre enquête :

— Observation III : ménagère, 26 ans, cicatrice stellaire ;
— Observation IV : étudiante, 20 ans, pneumothorax de neuf mois ;
— Observation VI : cultivatrice, 33 ans, exérèse.

Pour la maternité, les médecins se sont-ils montrés plus sévères que pour la paternité ?

Avec un pourcentage moyen de 71 % de réponses « oui » à cette quatrième question, nous avons, par observations, les chiffres suivants :

Femmes.

— Observation IV : 41 % ;
— Observation III : 57 % ;
— Observation VI : 79 % ;

Hommes.

— Observation VII : 64 % ;
— Observation V : 65 % ;
— Observation II : 79 % ;
— Observation VIII : 85 % ;
— Observation I : 94 %.

Toujours par ordre de gravité décroissant, nous pouvons, une nouvelle fois, classer nos observations :

IV, III, VII, V, II, VI, VIII, I.

En référant ce tableau aux classifications que nous avons établies pour les trois questions précédentes, nous remarquons que le pessimisme des médecins se porte non plus sur les observations V et VII, mais sur les femmes, en excluant toutefois l'exérèse qui continue à jouir d'un bon pronostic.

Si 41 % des médecins permettent la maternité à la jeune fille de l'observation IV, remarquons surtout que 59 % la lui refuse, que 59 % n'ont pas confiance dans les pneumothorax.

Pourquoi les chiffres obtenus sont-ils toujours inférieurs au 100 % de « oui » qu'aurait pu recueillir chacune des cinq observations de malade-homme ? L'extrême et constante prudence de certains médecins a pu jouer. Pour d'autres, ce fut peut-être comme nous l'avons soulevé en hypothèse au début de ce chapitre, la crainte de voir ces malades ne pouvoir assumer la charge sociale d'un enfant. Pour quelques-uns, ce fut cette vieille idée que la pratique de l'acte sexuel équivaut à un effort très important.

E. — EN CAS DE VACCINATION DES ENFANTS AU B.C.G., FAUT-IL ISOLER CEUX-CI ?

Nous emprunterons quelques idées à Mande. De toutes les difficultés qui ont entouré l'application de la vaccination par le B.C.G., celle représentée par l'isolement est restée la plus grave.

Quelques notions de base peuvent être rappelées.

1. Entre l'infection par un bacille tuberculeux et les premières manifestations décelables de cette infection, s'écoule une période de 4 à 8 semaines absolument muette, c'est la *période anté-allergique de Debré.*

Si donc on procède à la vaccination, durant cette période, on mettra sur le compte du B.C.G. ce qui relève, en fait, du seul B. K.

2. L'administration du B.C.G. n'entraîne l'*immunité de surinfection* qu'au bout de 2 à 3 mois.

Si donc le sujet est contaminé durant cette période, une primo-infection plus ou moins sévère pourra se développer comme si le sujet n'était pas vacciné.

Pour éviter que ne soit mise en cause l'inocuité du B.C.G., CALMETTE avait déjà recommandé d'isoler les sujets des sujets tuberculeux, 2 mois avant, 2 mois après la vaccination.

Tout ceci avait simplement pour but de préserver le B.C.G., mais a été interprété différemment par l'opinion publique : « Puisqu'on entoure la vaccination de tellement de précautions, c'est qu'elle est dangereuse..., en créant une fragilité particulière au B. K. »

Le problème de l'isolement se ramène donc à deux questions :

1. Est-ce que le risque d'évolution tuberculeuse est plus fréquent et plus grave chez le sujet vacciné, en période anté-allergique ?

2. Ce risque est-il plus fréquent et plus grave chez les sujets contaminés par le B. K. dans les jours suivant le B.C.G. ?

Cependant, comment ne pas voir le rapport entre le B.C.G. et la tuberculose ?

L'application des lois de la statistique a montré que la proportion de tuberculeux survenant dans une population donnée, dans les semaines suivant une vaccination, n'était pas plus forte que celle qu'on avait prévue pour le même groupe dans lequel on n'aurait pas procédé à la vaccination. Une récente communication à la Société de la Tuberculose, portant sur une épidémie limitée de tuberculose dans une école, en a donné une preuve démonstrative.

Dans un groupe donné, des contaminations auront lieu, prévues par les statistiques. Ce que l'on peut attendre du B.C.G., ce n'est pas qu'il empêche la contamination, mais qu'à l'occasion de cette contamination, il fasse la maladie moins grave.

Cependant, le B.C.G. ne peut exercer cette action ni pendant la période anté-allergique, ni durant le temps que met à s'établir l'immunité de surinfection.

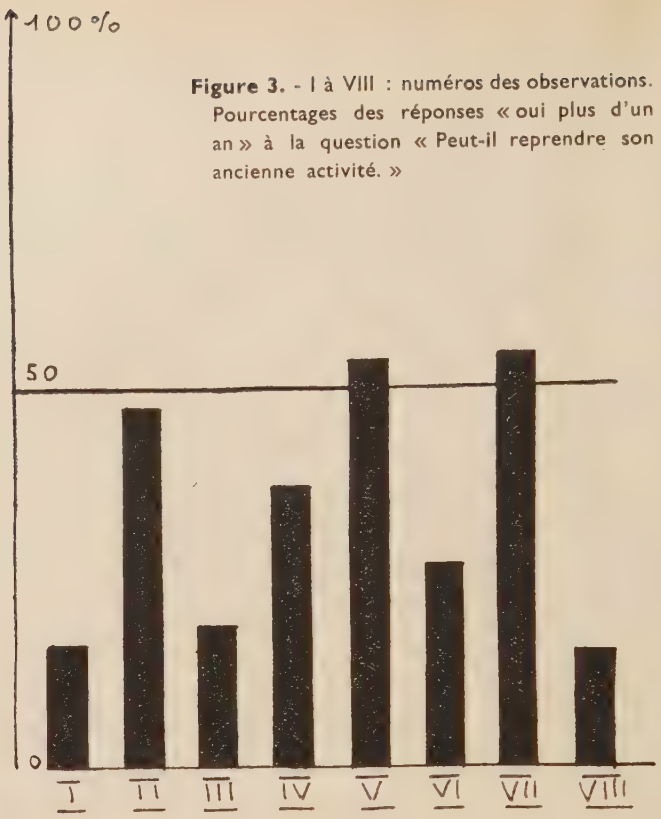


Figure 3. - I à VIII : numéros des observations. Pourcentages des réponses « oui plus d'un an » à la question « Peut-il reprendre son ancienne activité. »

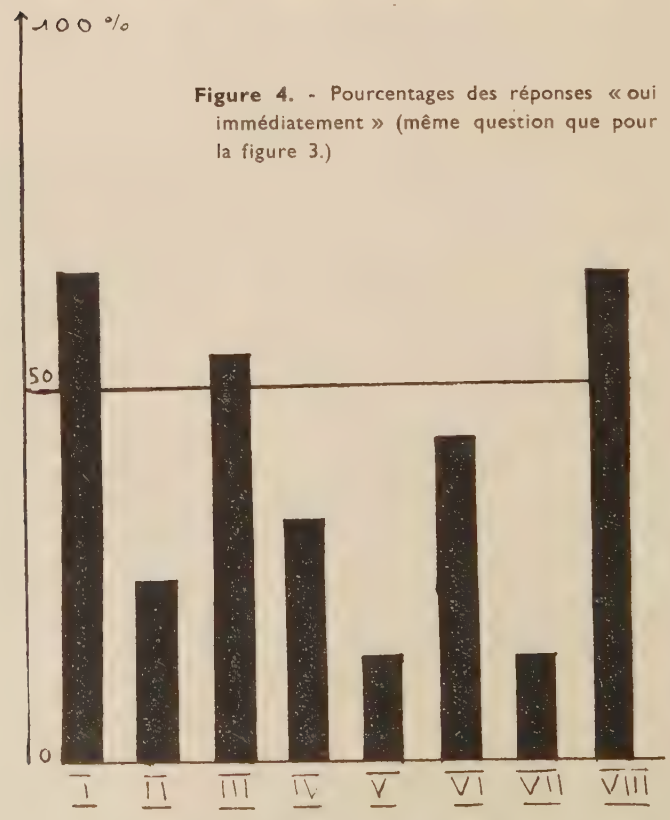


Figure 4. - Pourcentages des réponses « oui immédiatement » (même question que pour la figure 3.)

Sur cet important problème, quelles sont les données fournies par les résultats de notre enquête ?

S'il est remarquable qu'en moyenne 44 % des médecins demandent encore l'isolement après B.C.G. pour les enfants de 8 malades négatifs, c'est que les médecins ont une haute notion de la contagion de la tuberculose. Mais si 56 % ne le juge pas nécessaire, c'est que la majorité des médecins connaît la question du B.C.G. et applique son isolement d'une façon rationnelle. Nous prouvons cette affirmation par le sensible parallélisme qui s'est établi entre les réponses « oui » à la question : « Auprès d'enfants, peut-il reprendre la vie de famille immédiatement ? » (60 %) et les réponses « non » à l'isolement après B.C.G. (56 %). Il est, en effet, logique, après la brève étude que nous avons faite du B.C.G., lorsqu'on autorise un malade à retourner auprès de ses enfants, de ne pas, par une autre décision, isoler ceux-ci quand on vient à les vacciner au B.C.G.

L'étude séparée de chaque observation n'apporte aucune information supplémentaire ; elle ne fait que mettre en évidence une seconde fois, le plus grand risque qu'a pu représenter pour les médecins, sur le plan de la contagion, les observations : II (caverne pleine), IV (pneumothorax), V (image broncho-pulmonaire) et VII (image claire résiduelle).

F. — PEUT-IL REPRENDRE SON ANCIENNE ACTIVITE ?

Pour les 8 observations :

— 39 % des médecins répondent « oui, immédiatement » ;

— 21 % dans « moins d'un an » ;

— 34 % dans « plus d'un an » ;

— 6 % sont sans opinion.

Si nous revoyons ces pourcentages par observation, cette reprise n'est accordée immédiatement que par 14 % des médecins aux malades des observations V et VII et reportée par 55 % à plus d'un an.

Le malade de l'observation II (caverne pleine) ne peut reprendre immédiatement qu'avec 24 % de « oui », mais 48 % des médecins sont d'accord pour reporter cette décision à un an.

Pour les sujets des observations III, IV et VI, la reprise immédiate de l'ancienne activité se situe respectivement à 54 %, 32 %, 43 %.

Par contre, le menuisier de 25 ans et le manœuvre de 19 ans, porteurs tous deux de nodules de l'apex, les premiers post-pleurétiques, les seconds découverts par dépistage systématique, peuvent reprendre immédiatement avec l'approbation de 65 % des médecins.

Nous ferons, de plus, remarquer que pour l'observation V (chaudronnier, image broncho-pulmonaire), le plus fort pourcentage des « sans opinions » est atteint avec 15 % (1 % pour l'observation I). Dans cette catégorie, se trouvent certainement des médecins qui auraient répondu : jamais, ou préféré, à la reprise de son ancienne activité, le reclassement de ce malade.

Pour ce critère, les observations se suivent ainsi :

VII - V - II - IV - VI - I - III - VIII

Quels enseignements tirer de la comparaison de ces chiffres ?

Les pourcentages globaux mettent tout d'abord en évidence la prudence générale des médecins pour la reprise de l'activité, prudence qui va jusqu'au pessimisme pour les malades des observations III (ménagère, cicatrice stellaire), V et VII. Et s'ils se sont montrés plus optimistes pour les observations I et VIII, ce n'est pas avec une très forte majorité.

Des études intéressantes ont mis en évidence l'influence de la profession et son incidence sur la maladie tuberculeuse et la rechute. On a montré que c'était sans doute plus dans les conditions de vie familiale, d'habitat et d'hygiène, donc dans la position des sujets sur l'échelle des salaires, qu'il fallait rechercher une explication aux taux de morbidité. Ceci est apparu nettement pour les manœuvres ayant le taux de morbidité le plus

élevé, plus élevé que des ouvriers spécialisés travaillant dans des conditions assez proches.

Ce facteur ne semble pas avoir été le seul à déterminer les réponses.

Le manœuvre recueille, en effet, un pourcentage de voix beaucoup plus important que le médecin ou le chaudronnier, ouvrier spécialisé.

Il est vrai, par ailleurs, que l'on doit en pratique et toutes les fois que c'est possible, s'efforcer de faire reprendre rapidement son travail à l'ancien malade, en le maintenant dans son cadre professionnel antérieur.

L'ouvrier se reclasse plus facilement dans son ancienne catégorie ; en reprenant ses anciennes habitudes, il retrouve là encore un facteur d'équilibre et, en définitive, la reprise du travail pourra apparaître comme une chance supplémentaire de guérison, beaucoup plus que comme un facteur de rechute. Cette opinion n'a pas cependant toujours prévalu, semble-t-il auprès des médecins.

En effet, plus que la profession considérée en elle-même, plus que la profession comme cadre retrouvé du travail, c'est la forme de la tuberculose, au début et à la fin de la maladie, qui paraît avoir déterminé essentiellement les réponses. Celles-ci ont donc été prises, en définitive, en fonction des critères classiques de guérison.

G. — SI VOUS AVIEZ A VOUS PRONONCER A TITRE D'EXPERT, L'ACCEPTERIEZ-VOUS DANS UNE ADMINISTRATION ? ENSEIGNEMENT ?

Nous étudierons ensemble ces deux questions. Nous verrons qu'elles supposent les mêmes données et que les pourcentages obtenus sont sensiblement voisins.

Avec une moyenne de 21 % de « oui, immédiatement », pour l'administration, et 16 % pour l'enseignement, nous trouvons

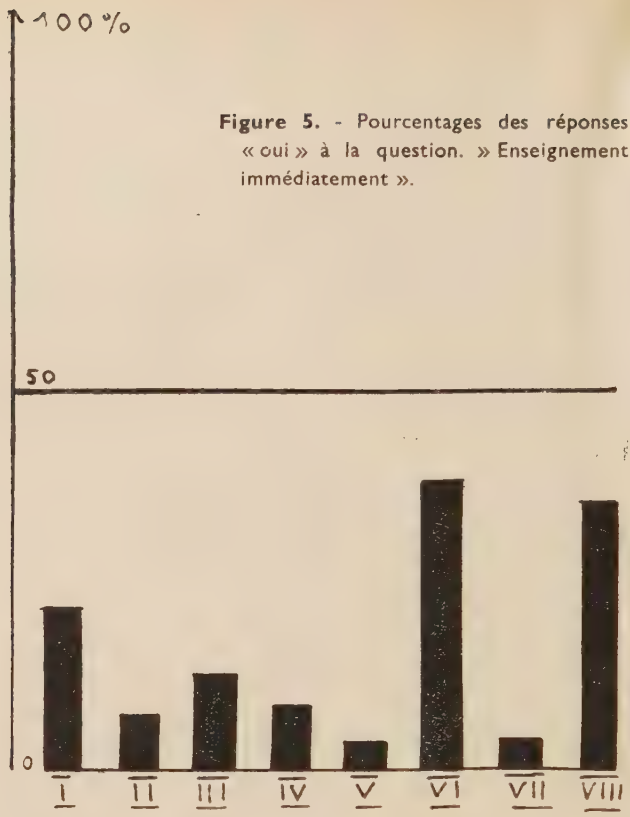


Figure 5. - Pourcentages des réponses « oui » à la question. » Enseignement immédiatement ».

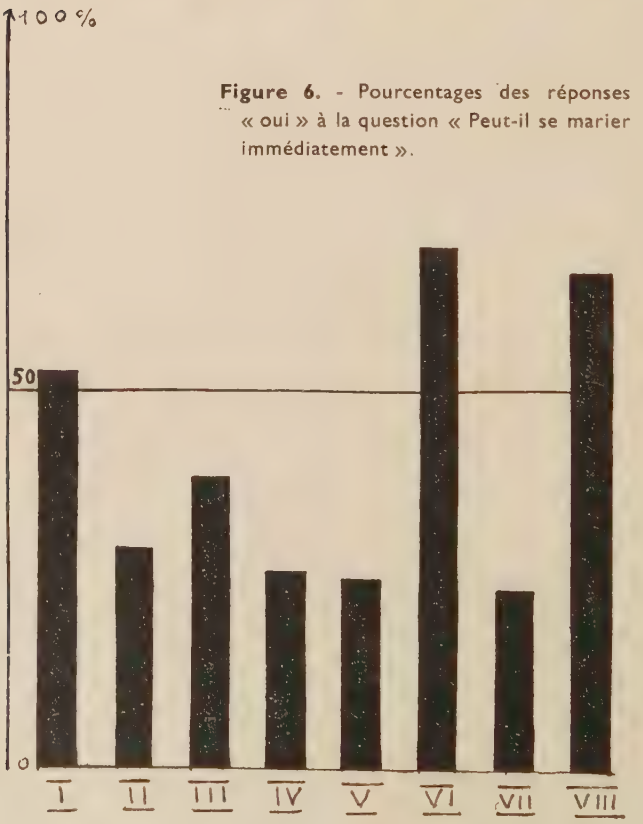


Figure 6. - Pourcentages des réponses « oui » à la question « Peut-il se marier immédiatement ».

des pourcentages extrêmement bas. Trois fois plus bas, par exemple, que pour la reprise de la vie de famille avec enfants.

Si on compare par observations les réponses à la première question (administration) à celles de la deuxième (enseignement) on s'aperçoit :

1. Que pour les 8 observations, les pourcentages sont sensiblement voisins.

2. Qu'ils sont cependant un peu plus faibles pour l'enseignement, en général d'une façon négligeable, (5 à 6 %), d'une façon beaucoup plus évidente pour les observations I et III.

« *Oui, immédiatement* » :

I : Enseignement, 21 % ; administration, 37 % ;

III. : Enseignement, 12 % ; administration, 20 %.

En tenant compte de ces remarques, nous observons que seulement, sensiblement, 5 % des médecins permettent aux malades des observations V (image broncho-pulmonaire) et VII (image claire résiduelle) de rentrer immédiatement dans l'enseignement. 45 % des médecins pensent que cette décision doit être reportée à plus de 2 ans, 27 % dans moins de 2 ans.

Tandis que pour les autres critères et pour toutes les observations, le pourcentage des « sans opinions » est toujours très bas, il apparaît ici particulièrement remarquable, surtout pour les observations V et VII :

Enseignement :

Observation V, 40 % ;

Observation VII, 25 %.

Administration :

Observation V, 30 % ;

Observation VII, 21 %.

Les médecins sont beaucoup plus optimistes pour la jeune femme ayant subi une lobectomie et pour les nodules de l'apex

droit du jeune manœuvre de 19 ans. 40 % accepteraient ces malades immédiatement, 15 % dans plus de 2 ans.

Pour ces deux critères, les observations se classent ainsi :

V - VI - II - IV - III - I - VI - VIII

Certains médecins avaient estimé que notre enquête permettrait de rassurer les grandes administrations sur la reprise d'anciens malades. Ce n'était pas son but et, de plus, l'étude de quelques chiffres a mis, au contraire, en évidence l'extrême pessimisme des médecins, leur grande prudence pour ces deux questions. Si les malades des observations V et VII apparaissent pour un emploi fonctionnarisé comme les candidats les plus défavorisés, ceux des observations I, VI et VIII, malgré un pourcentage de « oui, immédiatement » un peu plus important ne sont cependant pas jugés très favorablement.

Quels facteurs ont orienté ces décisions ? Les médecins ont tout d'abord pu craindre la dissémination toujours possible de bacilles par des anciens malades qui seront en contact permanent avec des enfants, un large public, une collectivité de bureau.

Mais il semble qu'ils aient surtout été pénétrés de l'idée que l'acceptation d'un sujet dans une administration engageait la responsabilité financière de cette administration et, parfois, lourdement. Ils ont estimé que cette acceptation devait donc être prudente et n'être prononcée qu'avec le maximum d'éléments favorables, qu'ils ne paraissent pas avoir trouvés chez nos 8 malades.

En face de ces deux problèmes, c'est donc la responsabilité sociale des médecins qui s'est trouvée engagée. Plus que le malade, ils ont essentiellement protégé la société.

H. — ESTIMEZ-VOUS QUE DES RECHUTES SOIENT A CRAINDRE, PROBABLES, POSSIBLES, IMPROBABLES ?

85 % des médecins estiment en moyenne que des rechutes sont à craindre. 2 % sont sans opinion.

En fonction des observations, nous avons :

—	Observation	V, 97 % ;
—	—	II, 96 % ;
—	—	VII, 95 % ;
—	—	I, 92 % ;
—	—	III, 90 % ;
—	—	IV, 82 % ;
—	—	VIII, 68 % ;
—	—	VI, 62 % ;

Les médecins sont donc pessimistes en général, à un moindre degré pour les observations VI (exérèse) et VIII.

I. — COMBIEN DE TEMPS CONSIDEREZ-VOUS QU'IL FAILLE CRAINDRE UNE RECHUTE ?

L'étude statistique de ces groupes de réponses nécessitant des techniques complexes, nous avons uniquement interprété les réponses à la question « moins de deux ans ».

Une minorité de médecins redoutent la rechute durant cette période : 28 %. Ce pourcentage descendant à 21 % pour les observations II (cultivateur, 30 ans, caverne pleine) et V (chaudronnier, 35 ans, image broncho-pulmonaire) ; il est à 38 % pour l'observation VII.

J. — FAUT-IL METTRE LE MALADE AU COURANT DE LA POSSIBILITE D'UNE RECHUTE ?

Quand les médecins estiment cette rechute probable (85 %), ils estiment (86 %) qu'il faut en avertir le sujet.

Les courbes de réponse à ces deux questions, pour chacune des 8 observations, ont la même forme et sont très sensiblement superposables.

Les raisons de cette attitude, un médecin nous les résume dans une lettre : «... Il convient d'expliquer franchement aux

malades les risques de rechute. Ils éviteront ainsi de se surmener et négligeront moins de se soumettre à notre survillance... ».

K. — CONSULTATIONS

L'examen périodique de l'ancien malade, non seulement permet de dépister au plus tôt rechute ou récidive, mais contribue grandement à les éloigner. Aussi, la nécessité d'une surveillance n'est-elle contestée par personne. Sa périodicité seule est discutée.

Notre enquête a-t-elle permis de dégager une opinion univoque ? Il ne le semble pas. Voici, sans tenir compte des malades, les pourcentages moyens des réponses :

Consultation.

Tous les mois	32 %
Tous les 3 mois	42 %
Tous les 6 mois	14 %
Tous les ans	4 %
Sans opinion	8 %

Nous voyons donc que les médecins se sont essentiellement départagés entre « tous les mois » et « tous les 3 mois ».

1. *Consultation tous les mois :*

Peu de médecins l'estiment nécessaire pour des nodules post-pleurétiques : 11 % (observation I), ou pour d'autres nodules rentrant également dans le cadre général des tuberculoses minimes : 9 % (observation VIII). 7 % seulement des médecins jugent une consultation mensuelle utile après lobectomie. Par contre, 60 % répondent « oui », pour l'observation IV. Réponse logique puisqu'il s'agit d'un pneumothorax à insuffler régulièrement.

Pour le médecin de l'observation VII, image résiduelle cerclée après tuberculose segmentaire, 54 % des médecins préfèrent une consultation mensuelle.

2. *Consultation tous les trois mois :*

Nous trouvons une plus grande homogénéité de réponses dans chaque observation autour du chiffre moyen de 42 %. Une majorité absolue se dégage pour l'observation I (nodule post-pleurétique) avec 62 %.

Une consultation tous les six mois semble offrir peu de garantie aux médecins, sauf peut-être pour les observations VI (exérèse) et VIII (28 et 31 %).

Tous les pourcentages tombent extrêmement bas et sont voisins de zéro devant l'hypothèse d'une seule consultation annuelle sauf, là encore, pour les observations VI (7 %) et VIII (15 %).

Quelles conclusions tirerons-nous de l'hétérogénéité de ces chiffres ?

Nous avancerons prudemment qu'en général : ,

1. Des tuberculoses graves, cavitaires à l'origine, se terminant l'une, par une image trabéculaire dense, avec deux microcavités, l'autre, dont il reste une image cerclée de 15 mm., à fins contours très nets, doivent être vues, la première, tous les trois mois ou tous les mois, la seconde, tous les mois.

2. Que des nodules post-pleurétiques sont justiciables d'une consultation trimestrielle.

3. Qu'une exérèse peut être également, d'après les médecins interrogés, surveillée tous les trois mois.

Répétons encore qu'il ne s'agit pas là d'une vérité absolue. mais de l'opinion moyenne des médecins interrogés.

INTERPRÉTATION PAR SPÉCIALISTES

Cette étude a été faite sur chacune des 8 observations avec les 7 critères qui nous ont paru les plus intéressants :

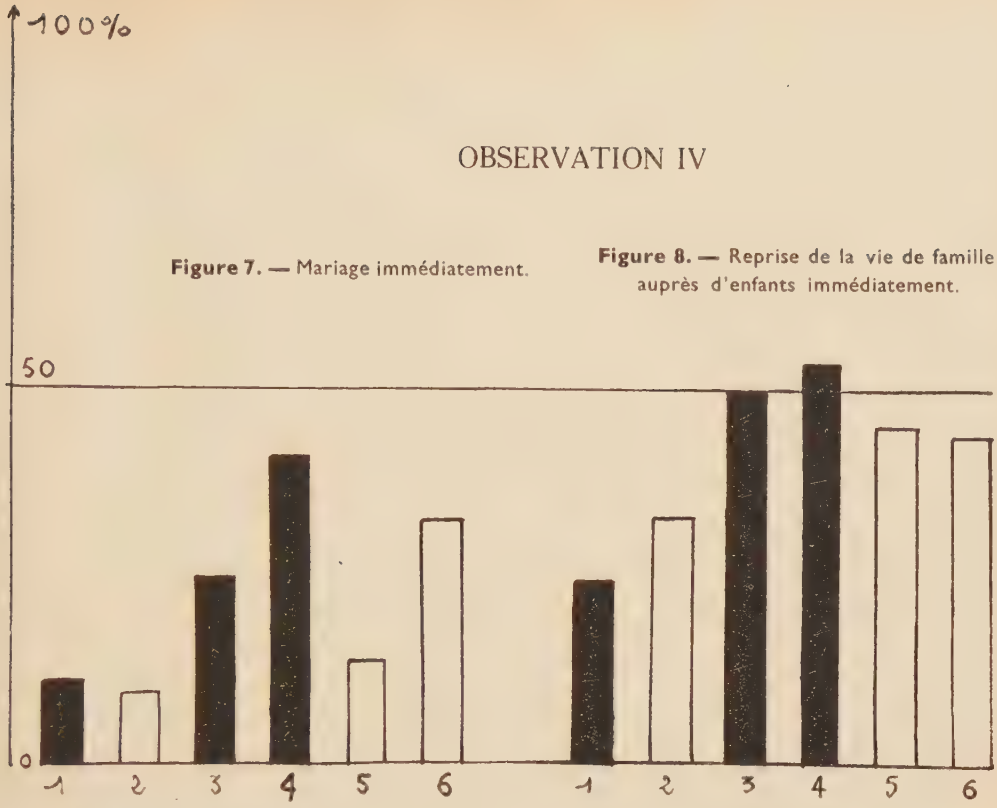
Mariage ;
Vie de famille sans enfant ;
Vie de famille auprès d'enfants ;
Ancienne activité ;
Enseignement ;
Peut-il avoir des enfants ?
Isolement après B.C.G.

OBSERVATION I

Malgré l'optimisme général, excluant cependant l'entrée du sujet dans l'enseignement, reflété pour cette observation, nous mettons nettement en évidence le pessimisme des médecins de sanatorium. Pour tous les critères, ils fournissent le plus faible pourcentage de « oui, immédiatement ». Ces médecins ont-ils, de la tuberculose pleurétique, une meilleure connaissance ? Nous pouvons seulement dire qu'elle semble jouir chez eux d'un plus mauvais pronostic, bien plus mauvais que chez les médecins phtisiologues, par exemple.

OBSERVATION II

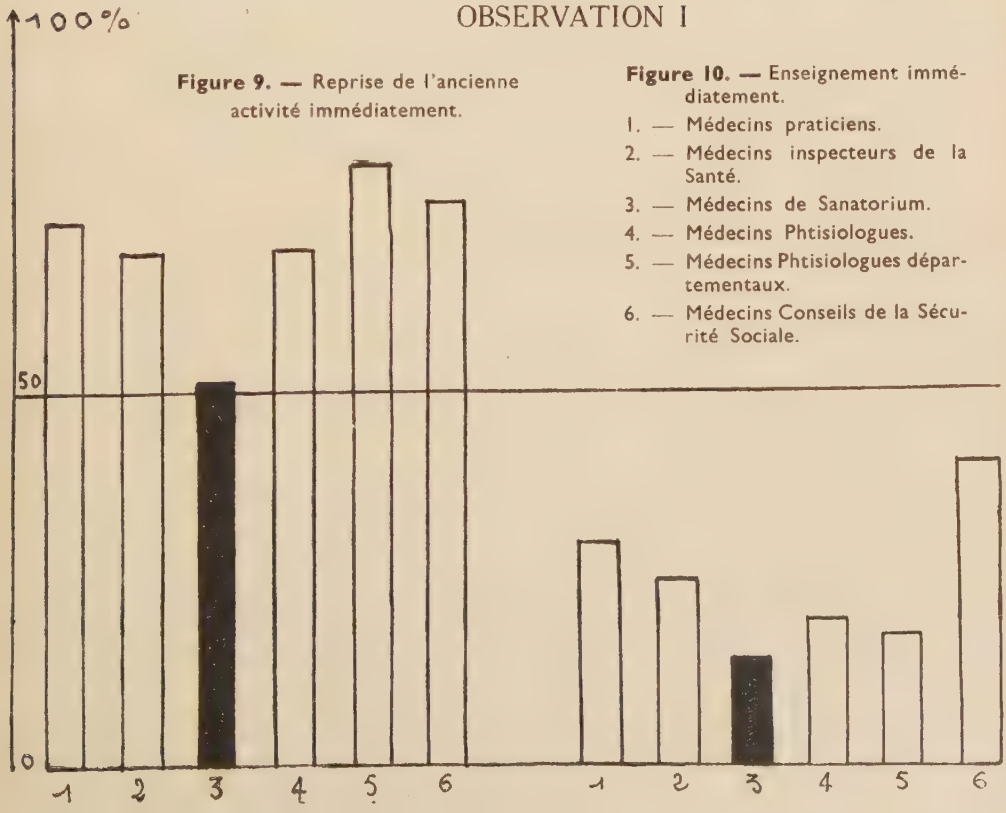
La confrontation des réponses des différentes spécialités fournit peu de renseignements intéressants. Pour ce cultivateur de 30 ans, porteur d'une cavité pleine, stable depuis un an, les médecins de sanatorium se montrent sensiblement plus pessimistes, que leurs confrères phtisiologues.



OBSERVATION IV

Figure 7. — Mariage immédiatement.

Figure 8. — Reprise de la vie de famille auprès d'enfants immédiatement.



OBSERVATION I

Figure 9. — Reprise de l'ancienne activité immédiatement.

Figure 10. — Enseignement immédiatement.

1. — Médecins praticiens.
2. — Médecins inspecteurs de la Santé.
3. — Médecins de Sanatorium.
4. — Médecins Phtisiologues.
5. — Médecins Phtisiologues départementaux.
6. — Médecins Conseils de la Sécurité Sociale.

Cependant, lorsqu'il faut décider si le malade peut reprendre immédiatement la vie de famille auprès de ses enfants, ce sont ces mêmes phtisiologues qui fournissent le plus faible pourcentage de « oui », 19 %, alors que pour les autres catégories, nous avons :

Médecins praticiens	51 %
Inspecteurs de la santé	43 %
Médecins de sanatorium	41 %
Phtisiologues départementaux	59 %
Médecins de la Sécurité Sociale	70 %

38 % des médecins praticiens acceptent, d'autre part, que ce malade reprenne immédiatement son ancien métier de cultivateur, contre, sensiblement 20 % pour les autres catégories.

OBSERVATION III

La cicatrice stellaire de cette jeune ménagère n'a pratiquement, pour aucun critère, départagé les différentes spécialités. Nous noterons tout au plus que 38 % des médecins praticiens lui permettent de retrouver immédiatement son ancienne activité alors que les autres catégories se situent autour de 55 %. Ces mêmes médecins de médecine générale seraient par contre plus disposés (18 %) à l'accepter dans l'enseignement que leurs confrères des autres disciplines (5 à 10 %).

OBSERVATION IV

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans porteuse d'un pneumothorax.

Une intéressante comparaison entre les différentes spécialités met nettement en évidence :

1. Un pessimisme général sauf pour la reprise immédiate de la vie de famille sans enfant.

2. Le très faible pourcentage de réponses « oui immédiatement » par les médecins praticiens. Leurs chiffres, pour les différents critères, sont toujours les plus bas et ceci avec des variations importantes.

3. Le fort pourcentage de « oui immédiatement » prononcé par les médecins phtisiologues.

Ces chiffres nous permettent de confirmer l'opinion généralement admise chez les médecins de médecine générale que le pneumothorax est une véritable maladie, supplémentaire ou complémentaire, limitant considérablement les activités d'un malade.

Les médecins phtisiologues qui ont la plus grande pratique et la plus grande expérience de cette thérapeutique, nous enseignent au contraire que le pneumothorax n'est qu'un handicap relatif.

OBSERVATION V

Malgré le mauvais pronostic formulé pour ce malade par tous les médecins, nous retrouvons, là encore, un optimisme relatif des médecins phtisiologues. Sauf pour l'admission dans l'enseignement de cet homme de 35 ans porteur d'un image broncho-pulmonaire, ils ont, vis-à-vis des différents critères, des pourcentages de « oui immédiatement » légèrement supérieurs à ceux des autres catégories.

OBSERVATION VI

Les médecins des différentes spécialités ont, devant cette malade ayant subi une lobectomie, une attitude assez univoque. Une étude attentive des courbes montre tout au plus un léger pessimisme des médecins traitants.

OBSERVATION VII

Si l'ensemble des médecins a classé cette observation parmi les plus graves, les médecins praticiens n'ont pas participé cependant, autant que leurs confrères, à ce jugement sévère.

Nous avons par exemple :

— Reprise immédiate de la vie de famille sans enfant :

Médecins praticiens	80 %	de « oui immédiatement »
Médecins phtisiologues ..	66 %	— —
Médecins de sanatorium ..	56 %	— —

— Reprise de la vie de famille auprès d'enfants :

Médecins praticiens	53 %	de « oui immédiatement »
Médecins phtisiologues ..	38 %	— —
Médecins de sanatorium ..	25 %	— —

OBSERVATION VIII

Pour tous les critères, sauf l'enseignement, les phtisiologues et les médecins inspecteurs de la santé, se montrent plus favorables que leurs confrères à la réintégration sociale du sujet.

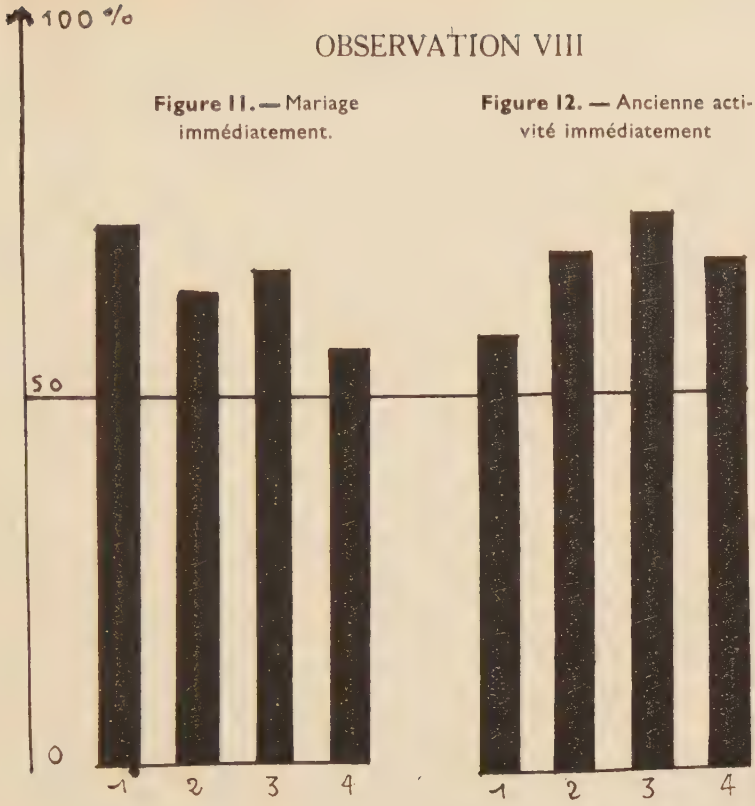
INTERPRÉTATION EN FONCTION DE L'AGE

Rappelons que nous avions établi quatre catégories d'âge :

1. — Médecins ayant 37 ans et moins de 37 ans ;
2. — — — 47 à 38 ans ;
3. — — — 57 à 48 ans ;
4. — — — 58 ans et plus.

Pour chacun de ces quatre groupes, les réponses ont été mises en diagrammes, fonction des différents critères et des observations.

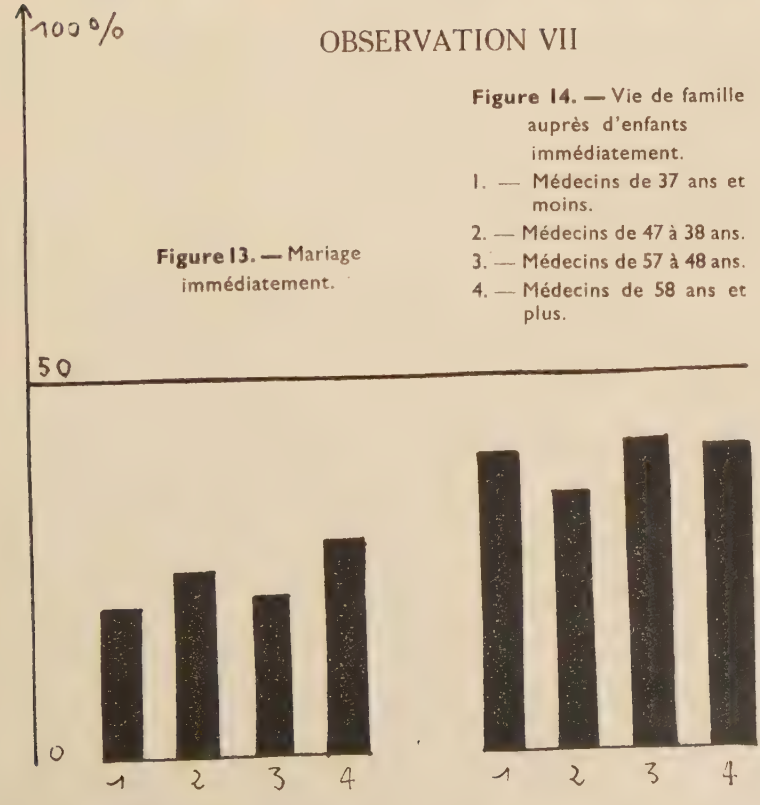
Or l'étude et la comparaison de ces diagrammes n'ont pas permis de mettre nettemeent en évidence une participation de l'âge à la décision. Si il a joué, ce ne peut être que d'une façon minime. Nous ne pourrons espérer mettre en lumière cette éventuelle participation que par des études statistiques complexes qui sont d'ailleurs en cours.



OBSERVATION VIII

Figure 11. — Mariage immédiatement.

Figure 12. — Ancienne activité immédiatement



OBSERVATION VII

Figure 13. — Mariage immédiatement.

Figure 14. — Vie de famille auprès d'enfants immédiatement.

1. — Médecins de 37 ans et moins.
2. — Médecins de 47 à 38 ans.
3. — Médecins de 57 à 48 ans.
4. — Médecins de 58 ans et plus.

Chapitre III

CHAPITRE DE SYNTHÈSE

Une vérité objective sur le devenir des tuberculeux ne pourrait être que le fruit d'enquêtes purement médicales, patientes, menées auprès de nombreux malades et longuement poursuivies. Notre enquête ne peut donc, en aucune manière, prétendre approcher une telle vérité. Il s'agit, rappelons-le, d'une enquête d'opinion, c'est-à-dire d'une étude qui porte sur l'attitude des médecins en face de certains problèmes concrets posés dans une situation déterminée.

Nous ne pouvons donc, par définition, qu'obtenir la répartition statistique de ces différentes attitudes.

Bien entendu, il ne s'agit pas pour nous d'examiner les réponses en référence à une réponse que nous aurions considérée comme seule valable. Cette optique normative ne pouvait pas être, et n'a absolument pas été la nôtre.

⁂

Ce n'est pas par hasard que nous avons choisi les observations qui font l'objet de notre questionnaire. Nous ne les avons pas choisies non plus parmi des formes représentatives de guérisons assurées. Mais, au contraire, nous avons cherché à faire un échantillonnage de formes ambiguës sur lesquelles nous pouvions déjà prévoir que des divergences de vue se manifesteraient.

Notre but était justement de susciter ces divergences pour essayer d'en déterminer les causes. Il est évident que si nous avions pris le cas d'un homme porteur d'une tuberculose largement excavée, puissamment évolutive, tous les médecins auraient refusé la reprise du travail.

Si, au contraire, nous avions choisi une atteinte nodulaire stabilisée depuis dix ans, personne n'aurait songé à repousser la date du mariage. C'est donc délibérément que nous avons choisi des situations complexes.

⁂

L'exploitation de cette enquête nous a conduit tout d'abord à objectiver les divergences d'opinion que nous attendions.

Reprenons par exemple l'observation III. Quelle est l'attitude des médecins, pour ce cas particulier, devant le mariage ? 38 % des médecins permettent à ce sujet de se marier immédiatment. 38 % dans moins de deux ans ; 23 % repoussent cette décision à plus de deux ans. 1 % est sans opinion. Or, cette divergence de vue est importante car toute la vie du malade risque de se trouver orientée différemment de par le conseil qu'a pu donner le médecin traitant. Il n'est pas indifférent de repousser une décision d'une telle gravité à deux ans par exemple. De la même manière, pour l'étudiante de l'observation IV, 32 % seulement des médecins pensent qu'elle peut reprendre ses études immédiatement. 25 % lui donnent un délai de un an. 37 % repoussent cette éventualité à plus d'un an. 6 % sont sans opinion.

L'importance de ces différences d'orientation ne peut échapper à personne. Le médecin, et c'est là son drame et sa noblesse, agit sur des hommes et la moindre de ses décisions peut avoir une portée considérable.

Cette décision d'ailleurs que prend le médecin dans un cas concret, lorsque le malade est dans son cabinet et lui expose sa situation, n'est pas forcément celle qu'il prend devant une feuille de réponses anonymes. Mais quoiqu'artificielles, les

situations expérimentales que nous avons créées correspondent malgré tout à la réalité et nous pensons avoir obtenu son reflet dans les réponses de médecins que nous pouvons, en définitive, tenir comme valables.

Dans quelle mesure notre enquête permet-elle d'élucider les raisons des divergences d'opinion constatées, si grave parfois dans leurs conséquences ?

Nous avions pensé que la spécialisation du médecin, la forme différente de sa pratique, devait être l'un des facteurs essentiels entraînant une optique particulière sur les problèmes à résoudre. Notre enquête nous a montré, en effet, pour ne nous en tenir qu'à trois catégories de médecins, les médecins traitants, les médecins de sanatorium et les médecins phtisiologues, que ces phtisiologues sont, dans l'ensemble, portés à juger d'une manière plus optimiste que les médecins de sanatorium, tandis qu'à l'autre extrémité, les médecins praticiens sont plus prudents et plus circonspects devant les décisions à prendre.

Nous avions également pensé que l'âge du médecin était susceptible d'intervenir. On pouvait logiquement imaginer que des médecins âgés, très impressionnés par leur passé, jugeraient plus sombrement, ayant connu la tuberculose à une époque où elle était bien plus grave qu'aujourd'hui. Or, apparemment et au point d'analyse statistique où nous sommes parvenus, ce facteur a eu peu d'importance. Ceci montre d'ailleurs l'intérêt des enquêtes d'opinion. Avant d'obtenir des résultats chiffrés, le bon sens permet souvent d'avoir des opinions très différentes ; mais seuls ces résultats apportent une certitude et montrent qu'une interprétation est plus vraisemblable qu'une autre, quoi que les deux, au départ, soient logiquement possibles. Nous avons été ainsi amenés, contrairement à notre attente, à minimiser l'importance de l'âge.

Nous avons vu que la position particulière de chaque groupe de médecins devant la tuberculose expliquait, dans une certaine mesure, les différences d'opinion. Mais nos calculs statistiques montrent que ce facteur n'est pas, à lui seul, capable d'expliquer

les considérables différences constatées. Il faut donc faire appel à un autre facteur que pour l'instant nous appellerons facteur... X. Le problème est de savoir à quoi il correspond. Des interprétations statistiques plus complexes sont en cours. Mais déjà nous pouvons penser qu'il s'agit d'un facteur personnel, correspondant au tempérament même des sujets interrogés et la forme de nos courbes reflète, dans une certaine mesure, la répartition de ces tempéraments. Disons, dans un schématisme peut-être critiquable que l'optimisme, le pessimisme, ou la prudence des médecins influent dans une grande mesure sur leurs décisions professionnelles. Nous voyons ici, clairement, l'introduction d'un facteur non scientifique, extra médical, dans une décision qui est pourtant apparemment purement médicale. Ceci pouvait être supposé mais nous l'avons mis en évidence d'une façon presqu'irrécusable. Il n'est pas indifférent de constater que la structure caractérielle de chacun a une incidence aussi directe et aussi constante sur ses déterminations professionnelles. Trop souvent, nous pensons que nous agissons pour des motifs scientifiques ; une enquête comme celle que nous avons menée montre qu'il n'en est rien et nous invite à mieux comprendre la complexité de la profession medicale.

A la lumière de ce travail nous pourrons mieux juger notre milieu professionnel, certaines oppositions entre différentes personnalités ou différentes écoles. C'est qu'il ne s'agit pas d'une discussion purement scientifique mais d'une autre chose. Nous pourrons mieux critiquer nos décisions en songeant que ce facteur de tempérament, pour nous aussi, a une importance. Il est grave que nous orientions différemment la vie d'un malade pour des raisons qui n'ont, parfois, que peu à voir avec son état médical. Ceci ne veut pas dire, bien entendu, que nous jugions toujours d'une façon capricieuse ; nous sommes tous, malgré tout, impressionnés par ce que nous avons appris et par des facteurs scientifiques indiscutables. Notre enquête l'a d'ailleurs montré.

L'un des autres objectifs que nous nous étions proposé était de savoir quelle qualité de guérison telle ou telle situation appelait. Est-il nécessaire d'être plus solidement guéri pour se marier que pour reprendre la vie familiale auprès de ses enfants ? Pour reprendre sa vie professionnelle ou entrer dans l'enseignement ? S'agissant de maladie telle la scarlatine, par exemple, ou autre maladie infectieuse ne laissant pas de séquelles, la guérison se situe à une heure précise de la vie du malade. Le tuberculeux, au contraire, ne quitte pas la maladie pour entrer dans la guérison comme on franchit un seuil. Ce n'est qu'au bout de longs mois, de longues années parfois, qu'il accède progressivement à un niveau de guérison de plus en plus solide, clinique, biologique, bactériologique, radiologique et social. En matière de tuberculose, il n'est pas absolument simple, en face d'un malade déterminé, de le situer à son juste niveau de guérison. C'est là qu'interviennent des facteurs d'appréciation, dont nous avons déjà montré toute la complexité. D'ailleurs, dans la pratique, il n'est pas nécessaire que le malade soit parvenu au stade d'une guérison parfaite pour reprendre sa place dans sa famille ou sa profession. Dans ce domaine nous voulions seulement, par notre enquête, chercher à savoir quelles étaient, dans l'esprit des médecins, les situations familiales, professionnelles et sociales les plus facilement accessibles au malade et à l'ancien malade.

Les réponses sont claires et dans l'ensemble univoques.

La reprise de la vie de famille pour un sujet marié sans enfant impose les critères les moins rigoureux. On conçoit, pour des raisons de contagion, que la vie de famille auprès d'enfants ne vienne qu'après. La plupart des médecins ont considéré que l'entrée dans le mariage requérait une guérison solide. Leur sévérité est au maximum quand, placés il est vrai en situation d'experts, ils ont à décider de l'admission du sujet dans une administration ou l'enseignement. On ne peut s'empêcher de remarquer la rigueur de leur décision. Sans doute défendent-ils, ce faisant, le bien de la société ; mais il semble, et nous demanderons que l'on nous excuse pour ce jugement, le seul que nous porterons,

qu'ils ne donnent pas toutes leurs chances aux anciens malades. Ce problème est d'actualité car nous vivons sur une législation fondée sur une connaissance de la tuberculose qui est, aujourd'hui, parfaitement inadéquate. Il est intéressant de remarquer que, bien qu'informés des modifications apportées au pronostic de la tuberculose par les thérapeutiques nouvelles, les médecins quand ils sont experts, n'adoptent pas une position favorable à l'ancien malade.

CONCLUSIONS

Il peut être intéressant de chercher à connaître les raisons profondes des attitudes des médecins devant certains problèmes et, en l'occurence, certains problèmes posés par la tuberculose pulmonaire.

Les bouleversements actuels en phtisiologie rendent cette étude, nous semble-t-il, opportune.

1. C'est par le moyen d'une enquête d'opinion que nous avons cherché à résoudre ce problème de sociologie médicale.

2. Dans cette enquête, huit observations ont été proposées, choisies pour être, non pas claires, mais au contraire, ambiguës afin de mettre en évidence les divergences d'opinion des médecins.

3. En face de ces observations, des questions essentielles cherchaient à faire exprimer, par le médecin, son pronostic sur la maladie devant des situations comme le mariage, l'acceptation de l'ancien malade dans l'enseignement, la reprise de la vie de famille.

4. Analysées, les 336 réponses aux 1.450 questionnaires envoyés font apparaître la dispersion en face de mêmes cas, des avis médicaux.

5. Les médecins traitants sont, dans l'ensemble, devant la maladie, plus pessimistes que les médecins de sanatorium et ceux-ci plus pessimistes eux-mêmes que les médecins phtisiologues libres.

La spécialisation médicale, facteur qui nous avait paru devoir être essentiel, si elle a joué, ne tient cependant qu'un rôle de second plan.

6. L'âge des médecins n'est pratiquement pas intervenu pour déterminer leur attitude.

7. Pour expliquer la divergence des opinions, il nous semble donc nécessaire de faire appel à un facteur personnel, extra-médical, lié au tempérament propre du médecin, caractériel, en somme, et indépendant de sa spécialisation et de son âge.

8. Le critère de guérison le plus rigoureux est l'admission de l'ancien malade dans l'enseignement ; vient ensuite son acceptation dans l'Administration, puis, d'une façon alternante suivant les observations, le mariage et la reprise des anciennes activités ; nous trouvons enfin la reprise de la vie de famille auprès d'enfants, puis, critère le moins rigoureux, la reprise de la vie de famille sans enfant.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. SIGALAS.

Vu :
Le Président du Jury,
LAUMONIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 2 Décembre 1957.

Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

1. KERFELLEC (J.). — « Essai d'enquête d'opinion concernant l'alcoolisme » (Thèse Bordeaux, 1956).

2. KRECH (D.), CRUTCHFIELD (R.-S.). — *Theory and problems of social psychology,* 2 vol. (McGRAW-HILL BOOK Company, Inc., New-York, Toronto, London, 1948).

3. MANDE (R.). — « Sur quelques problèmes pratiques posés. La vaccination B.C.G. » (*Rev. Praticien,* 1957, **7**, 285-303).

4. TRIMBLE (H.-G.) and J. LLOYD EATON. — « Current therapy in pulmonary tuberculosis. A study of 10 cases by 100 participating physicians with analysis of their opinions » (*Diseases of the Chest,* January 1955, volume **27**, number 1).

Imp. SAMIE 21-23, Rue Teulère, Bordeaux - Dépôt légal nº 15.692 4e trimestre 1957

OBSERVATIONS

Observation I

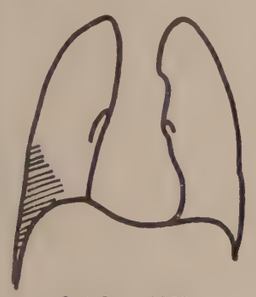
Homme de vingt-cinq ans, menuisier.

Pleurésie droite séro-fibrineuse, datant de trois ans.

Nodules apicaux post-pleurétiques découverts il y a un an.

Pas de traitement.

Stabilité radiologique.



Octobre 1953.

Octobre 1956.

Observation II

Homme de trente ans, cultivateur.

Tuberculose cavitaire droite, il y a deux ans.

Traitée un an par I. N. H. et P. A. S.

Caverne pleine, de 2 cm de diamètre; stable depuis un an.

Tous examens normaux par ailleurs.

Octobre 1954.

Octobre 1956.

Observation III

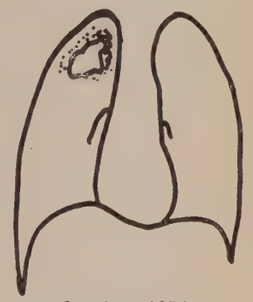
Femme de vingt-six ans, ménagère.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-nodulaire.

Deux ans de traitement par I. N. H. et P. A. S.

Cicatrice stellaire, mais B. K. positif il y a un an, une seule fois, sans signes radiologiques.

Tous examens normaux depuis.



Octobre 1954.

Octobre 1956.

Observation IV

Jeune fille de vingt ans, étudiante.

Infiltrats de B. K. positifs il y a un an.

Pneumothorax différé de trois mois.

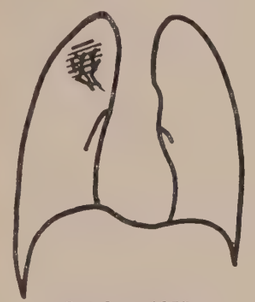
Traitement : I.N.H. et P.A.S. pendant un an.

Opacité homogène partielle du lobe supérieur.

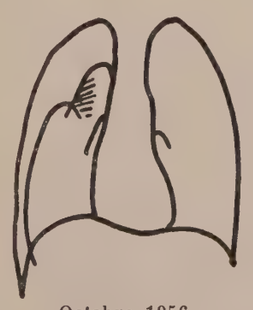
Tous examens normaux par ailleurs.

(Peut-elle entrer dans une école d'infirmières ?)

Réponse : oui - non.



Octobre 1955.



Octobre 1956.

Observation V

Homme de trente-cinq ans, chaudronnier.

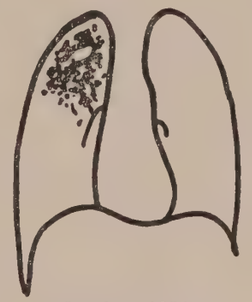
Tuberculose pulmonaire lobaire supérieure, grave, importante.

Traitée pendant deux ans par I. N. H. et P. A. S.

Stabilisé; négatif depuis un an à tous examens.

Image trabéculaire dense, importante, avec deux microcavités.

Dilatations bronchiques au lipiodol.



Octobre 1954.

Octobre 1956.

Observation VI

Femme de trente-trois ans, cultivatrice.

Tuberculose pulmonaire lobaire.

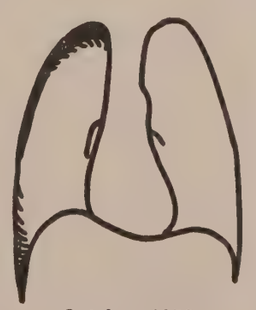
Traitée pendant un an par I. N. H. et P. A. S.

Lobectomie il y a un an.

Suites simples.

Tous examens normaux depuis.

Octobre 1954.



Octobre 1956.

Observation VII

Homme de vingt-six ans, médecin de ville.

Tuberculose pulmonaire segmentaire datant de dix-huit mois.

Traitée pendant neuf mois par I. N. H. et P. A. S.

Reste une image cerclée, de 15 mm, à fins contours très nets.

Tous examens négatifs.

Avril 1955.

Octobre 1956.

Observation VIII

Jeune homme de dix-neuf ans, manœuvre.

Dépistage systématique il y a un an.

Nodules apex droit fins, précis, de 1 à 3 mm de diamètre.

Stable depuis un an.

Tous examens normaux.

Octobre 1955.

Octobre 1956.

QUESTIONS — RÉPONSES

Nota. — Après avoir pris connaissance de chacune des observations résumées sur la feuille ci-jointe, on voudra bien répondre en rayant dans la colonne de droite dont le numéro correspond à celui de l'observation étudiée, la réponse qui paraît inadéquate et en passant ainsi en revue la série des questions.

	Dans l'état actuel du sujet :	Observation I		Observation II		Observation III		Observation IV		Observation V		Observation VI		Observation VII		Observation VIII	
	I. — Célibataire.																
1	Peut-il se marier immédiatement	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
2	sinon, dans quels délais : moins de deux ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
3	plus de deux ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
	II. — Marié.																
4	Sans enfants : peut-il reprendre la vie familiale immédiatement	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
5	sinon, dans quels délais : moins d'un an	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
6	plus d'un an	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
7	Auprès d'enfants : peut-il reprendre la vie familiale immédiatement	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
8	sinon, dans quels délais : moins d'un an	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
9	plus d'un an	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
10	Peut-il avoir des enfants	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
11	En cas de vaccination des enfants au B. C. G., faut-il isoler ceux-ci	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
	III. — Profession.																
12	Peut-il reprendre son ancienne activité immédiatement	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
13	sinon, dans quels délais : moins d'un an	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
14	plus d'un an	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
15	Si vous aviez à vous prononcer à titre d'expert, l'accepteriez-vous dans une administration immédiatement	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
16	sinon, dans quels délais : moins de deux ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
17	plus de deux ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
18	Enseignement : immédiatement	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
19	sinon, dans quels délais : moins de deux ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
20	plus de deux ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
	IV. — Avenir.																
21	Estimez-vous que des rechutes soient à craindre	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
22	Estimez-vous que des rechutes soient probables	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
23	Estimez-vous que des rechutes soient possibles	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
24	Estimez-vous que des rechutes soient improbables	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
25	Combien de temps considérez-vous qu'il faille craindre une rechute : moins de deux ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
26	moins de cinq ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
27	plus de cinq ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
28	Pensez-vous qu'il faille mettre le malade au courant de la possibilité d'une rechute	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
29	Combien de fois par an pensez-vous que le malade doive consulter son médecin : tous les mois	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
30	tous les trois mois	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
31	tous les six mois	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
32	tous les ans	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non